2002-2003

Annual Report

Chief Coroner

Rapport annuel

Coroner en chef

New Nouveau
Brunswick
CANADA

2002 - 2003 Annual Report

Rapport annuel 2002 - 2003

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of Public Safety
Province of New Brunswick
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

November 2003

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

Publié par :
Le bureau du coroner en chef
Ministère de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Novembre 2003

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :
Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :
Service d'imprimerie,
Approvisionnement et Services

ISBN 1-55396-233-8

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

ISBN 1-55396-233-8

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

2002-2003

Annual Report

Rapport annuel

Chief Coroner

Coroner en chef

New Nouveau Brunswick
CANADA

104-02214/

The Honourable O. Wayne Steeves
Department of Public Safety
Fredericton
New Brunswick

L'honorable O. Wayne Steeves
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Dear Minister:

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the Thirty-first Annual Report of the Chief Coroner for the period April 1, 2002 to March 31, 2003.

Yours very truly,

Dianne Kelly

DIANNE KELLY
Chief Coroner
Province of New Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le trente et unième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er avril 2002 au 31 mars 2003, en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

Dianne Kelly

DIANNE KELLY
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

Table of Contents

Page

Mission Statement 5

Origin of the Office of the Corner 5

The New Brunswick Coroner System 6

Organizational Structure 6

Notification Requirement 7

Investigative Capacity of Coroner Services 8

Purpose of Coroner's Investigation 8

The Inquest Decision 9

Summary 9

Statistical Summary of Investigated Deaths 11

Schedule "A.1" - Total Deaths by Classification 13

Schedule "A.2" - Total Deaths by Month 14

Schedule "A.3" - Total Deaths by Judicial District 15

Schedule "B.1" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 16

Schedule "B.2" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 17

Schedule "B.3" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment 20

Schedule "C.1" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 25

Table des matières

Page

Énoncé de mission 5

Origine de la fonction de coroner 5

Le système de coroners du Nouveau-Brunswick 6

Structure administrative 6

Déclaration 7

Pouvoirs d'enquête du Service des coroners 8

But de l'investigation 8

La décision de mener une enquête 9

Résumé 9

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès 11

Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie 13

Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois 14

Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire 15

Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et par circonscription judiciaire 16

Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 17

Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et par lieu de l'incidence 20

Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaires 25

Schedule "C.2" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 26

Schedule "C.3" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 28

Schedule "C.4" - National Suicide Annual Rates 30

Schedule "D.1" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 31

Schedule "D.2" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 32

Schedule "D.3" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 33

Schedule "E.1" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 34

Schedule "E.2" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 35

Schedule "E.3" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment 36

Schedule "F" - Undetermined Deaths 40

Summary of Inquests and Recommendations 44

Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 26

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et par lieu de l'incidence 28

Tableau « C.4 » - Taux national annuel de suicides 30

Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et par circonscription judiciaire 31

Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 32

Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et par lieu de l'incidence 33

Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaires 34

Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 35

Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par le lieu de l'incidence 36

Tableau « F » - Décès d'origine inconnue 40

Résumé des enquêtes et des recommandations 44

Our Mission

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency which has a broad statutory mandate from the Province to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick. Coroner Services conducts inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

Notre mission

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès, qui est mandaté en vertu des lois de la Province pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick. Le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public, et il n'a aucun intérêt personnel dans les résultats des enquêtes sur les décès.

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems, which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon the basic questions and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

An inquest is not a forum to resolve civil disputes, or to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial.

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est l'une des vieilles institutions du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions ou est appliquée la common law.

Après sept siècles, les questions de bases demeurent inchangées : « Qui était la personne décédée ? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte? »

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement aux décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

In New Brunswick, Coroner Services falls under the Department of the Public Safety for administrative purposes. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by two Deputy Chief Coroners, who serve part-time.

The office of the Chief Coroner retains the legislative authority on case decisions, program management and the central records of the coroner service. It is attached to the Operational Policy Branch.

The Investigating Coroners and Regional Coroners report to the Chief Coroner for program management and to the Director of Compliance for administrative matters.

During 2002/03, following an internal recruitment process, six experienced Deputy Sheriff Coroners were selected to take on the role as Regional Coroners. They provide guidance to the new Coroners and participate in the development and delivery of training. There are now six Regional

Le système de coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Aux fins administratives, les Services de coroner au Nouveau-Brunswick relèvent du ministère de la Sécurité publique. La surveillance des services comme telle relève du coroner en chef, secondé à temps partiel de deux coroners en chef adjoints.

Le Bureau du coroner en chef conserve la responsabilité légale ou législative pour toute décision relative aux cas, la gestion des programmes et le service central des dossiers des services de coroner. Il relève de la Direction de la politique opérationnelle.

Les coroners enquêteurs et les coroners régionaux relèvent, d'une part, du coroner en chef en ce qui a trait à la gestion des programmes et, d'autre part, du directeur du Contrôle de la conformité pour ce qui est des questions administratives.

En 2002-2003, à la suite d'un processus de recrutement interne, six shérifs-coroners adjoints chevronnés ont été choisis pour pourvoir aux postes de coroners régionaux. Ils fournissent une orientation aux nouveaux coroners et contribuent à la préparation et à la prestation des séances de formation. Il y a

Coroners who work full time for the Coroner Service in Fredericton, Moncton, Saint John, Bathurst/Campbellton and Edmundston.

During 2002-03, the Coroner Service continued to utilize the services of Deputy Sheriffs/Coroners, while the separation of sheriff and coroner functions continued.

During the latter part of the fiscal year, a group of 25 staff from the Compliance Branch , who h[illegible] an interest in coroner work, were selected for training.

In addition, four fee for service Coroners provided additional investigative capacity and geographic coverage.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: (i) did not occur during or as a result of pregnancy; (ii) was not sudden and unexpected; and (iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of public safety in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

maintenant six coroners régionaux qui travaillent à temps plein dans les régions de Fredericton, de Moncton, de Saint-Jean, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston.

En 2002-2003, les Services de coroner comptaient sur les services de personnes qui cumulaient à la fois les fonctions d'adjoint du shérif et d'adjoint du coroner, bien que les services de coroner et de shérif étaient distincts.

Au cours des derniers mois de l'exercice financier, 25 employés de la Direction du contrôle de la conformité, qui avaient manifesté un intérêt pour le travail de coroner, ont été choisis pour suivre une formation à cet égard.

De plus, la présence de quatre coroners rémunérés à l'acte permet d'ajouter à la capacité de mener des enquêtes et de mieux couvrir l'ensemble de la province.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié *sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci ; (ii) de façon soudaine et inattendue : ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

The identification of a death as a "Type II" case, which needs the special consideration of a forensic pathologist, results in the utilization of the forensic service mentioned above and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Where circumstances warrant, specialized expertise may be provided from outside the Province on complex cases for evidentiary or identification purposes.

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroner's investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death, now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

Pouvoirs d'investigation du Service coroners

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst, et Edmundston, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint John.

Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de «type II», nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut utiliser le service susmentionné et faire transporter le cadavre à Saint-Jean pour que soit pratiquée une autopsie.

Lorsqu'il est nécessaire pour les cas très complexes, le service des coroners fait appel à des experts de l'extérieur de la province afin de compléter les capacités relatives à la preuve et à l'identification.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

The Inquest Decision

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

Summary

Coroner Services investigates about 23 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 40 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner une enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande écrite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil exécutif ou du coroner en chef. La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans de circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères appropriés.

Résumé

Environ 23 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 40 pour cent des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,140 deaths in the Province of which 1,480 or 24% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,048 deaths in the Province of which 1,400 or 23% were reported to a coroner.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have, through the year, co-operated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also, gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Comments should be directed to:

The Office of the Chief Coroner
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Phone (506) 453-3604
Fax (506) 462-2038

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 140 décès dans la province dont 1 480 ou 24% ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 048 décès sont survenus dans la province dont 1 400 ou 23% avaient été signalés.

Les services des coroners sont reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec eux et qui ont aidé à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Ils remercient également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

Le coroner en chef invite le public à faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

Bureau du coroner en chef
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-3604
Télécopieur : (506) 462-2038

Statistical Summary of Investigated Deaths

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes**.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all classes of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible effort to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case, which might fall in this category, is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, accident, suicide, homicide, et décès d'origine inconnue.

La catégorie de **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie **d'accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie de **suicide** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie **d'homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie de **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire 'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2002.04.01 to/au 2003.03.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	% of Deaths/ Pourcentage de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	Autopsies as % of classification/ Taux de pourcentage d'autopsie selon la classification
Natural/Morts naturelles	1,176	79.5	155.3	358	30.4
Accident	196	13.2	25.9	151	77.0
Suicide	97	6.6	12.8	95	97.9
Homicide	9	0.6	1.2	9	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	2	0.1	N/A	2	100.0
Total	1,480	100.0		615	

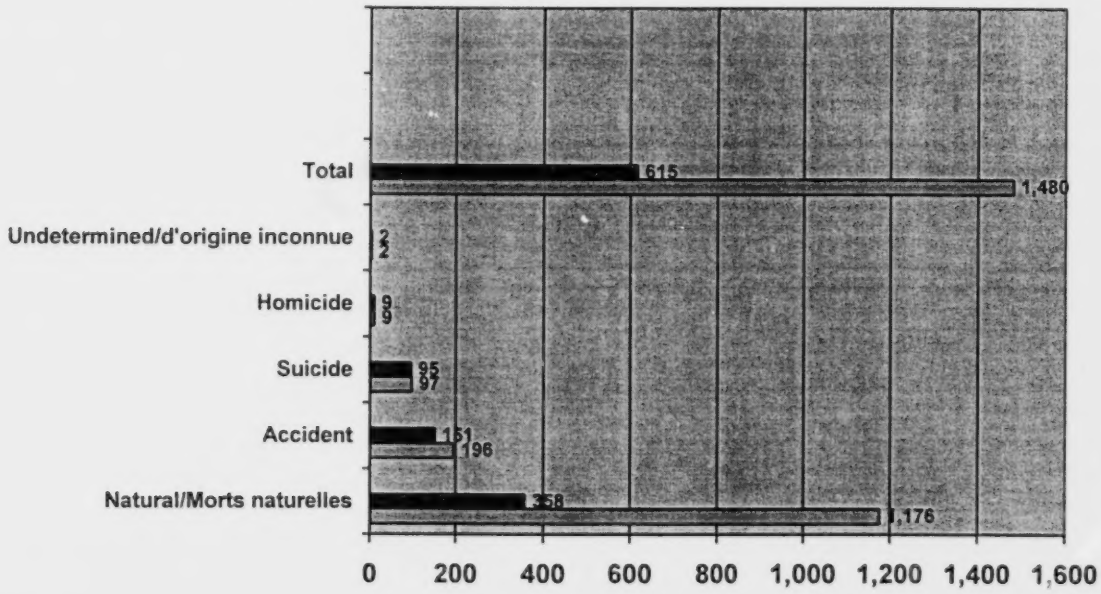
Based on a population of / sur une population de 757,077

Note: The population figures cited in this table are based on adjusted estimates from the 1996 census data. Adjusted estimates from the 2001 census were not available to provide current population data for all Judicial Districts, at the time of publication.

Note : Le taux de population illustré dans ce tableau est basé sur des données comparatives obtenues à partir du recensement de 1996 par Statistique Canada. Le taux de population dans chaque circonscriptions judiciaires n'a pu être obtenu à partir du recensement 2001 au moment de la publication.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2002.04.01 to/au 2003.03.31



PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2002.04.01 to/au 2003.03.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	% of Deaths/ Pourcentage de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	Autopsies as % of classification/ Taux de pourcentage d'autopsie selon la classification
Natural/Morts naturelles	1,176	79.5	155.3	358	30.4
Accident	196	13.2	25.9	151	77.0
Suicide	97	6.6	12.8	95	97.9
Homicide	9	0.6	1.2	9	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	2	0.1	N/A	2	100.0
Total	1,480	100.0		615	

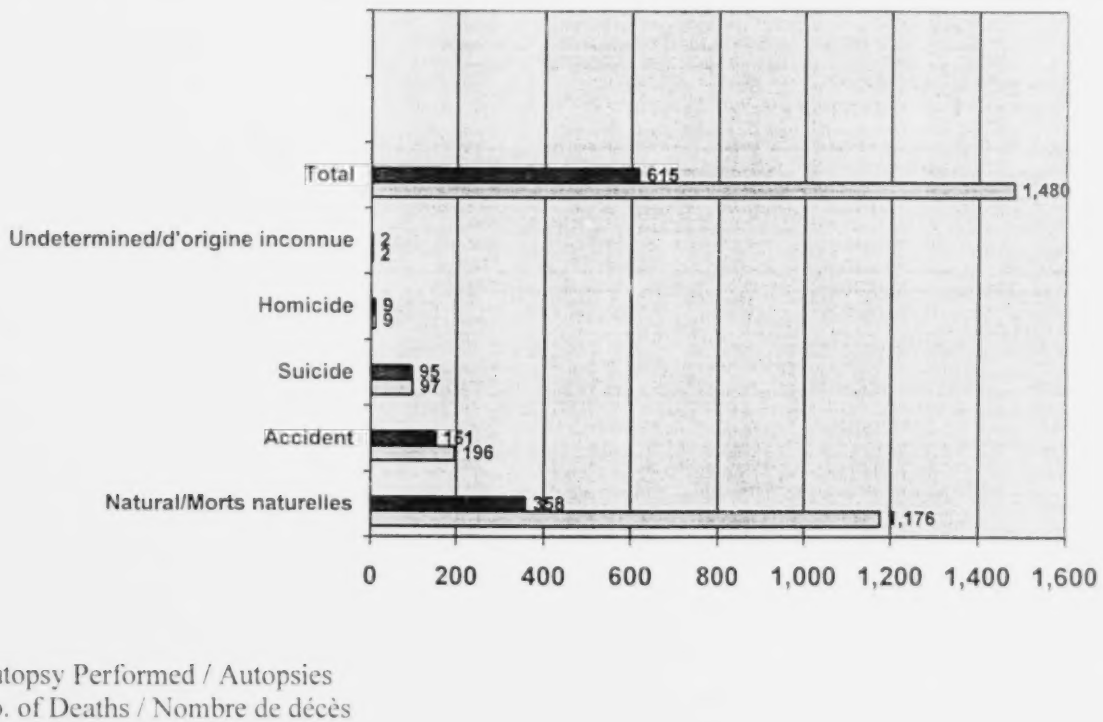
Based on a population of / sur une population de 757,077

Note: The population figures cited in this table are based on adjusted estimates from the 1996 census data. Adjusted estimates from the 2001 census were not available to provide current population data for all Judicial Districts, at the time of publication.

Note : Le taux de population illustré dans ce tableau est basé sur des données comparatives obtenues à partir du recensement de 1996 par Statistique Canada. Le taux de population dans chaque circonscriptions judiciaires n'a pu être obtenu à partir du recensement 2001 au moment de la publication.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2002.04.01 to/au 2003.03.31



Provincial Summary - Deaths by Classification, by Month - Schedule A-2 /
Sommaire provincial - décès par catégorie, par mois - Tableau A-2
from/de 2002.04.01 to/au 2003.03.31

Classification/ Catégorie de décès	April/ avril	May/ mai	June/ juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Jan/ jan	Feb/ fév	Mar/ mars	Total
Natural/Morts naturelles	86	104	84	97	90	86	108	100	107	108	96	110	1,176
Accident	11	21	11	23	20	26	16	16	16	14	10	12	196
Suicide	8	15	8	8	6	4	12	6	8	7	7	8	97
Homicide	0	1	1	0	3	1	0	2	1	0	0	0	9
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Total	105	141	105	128	119	117	137	124	132	129	113	130	1,480

DEATHS BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 / NOMBRE DE DÉCÈS PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU A-3

from/de 2002.04.01 to/au 2003.03.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Natural/Morts naturelles	104	70	49	214	58	226	390	65	1,176
Accident	20	13	22	33	15	33	49	11	196
Suicide	17	5	14	15	5	25	15	1	97
Homicide	1	0	0	1	1	3	3	0	9
Undetermined/Décès d'origine inconnue	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Total / Totaux	**143**	**88**	**85**	**263**	**79**	**288**	**457**	**77**	**1,480**
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	9.7	5.9	5.7	17.8	5.3	19.5	30.9	5.2	100
Population	86,566	37,945	45,936	129,872	52,725	187,314	175,458	41,261	757,077
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants									
Natural/Morts naturelles	120.1	184.5	106.7	164.8	110.0	120.7	222.3	157.5	155.3
Accident	23.1	34.3	47.9	25.4	28.4	17.6	27.9	26.7	25.9
Suicide	19.6	13.2	30.5	11.5	9.5	13.3	8.5	2.4	12.8
Homicide	1.2	0.0	0.0	0.8	1.9	1.6	1.7	0.0	1.2
Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	**38**	**18**	**36**	**49**	**21**	**61**	**67**	**12**	**302**
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	43.9	47.4	78.4	37.7	39.8	32.6	38.2	29.1	39.9

Note: The population figures cited in this table are based on adjusted estimates from the 1996 census data. Adjusted estimates from the 2001 census were not available to provide current population data for all Judicial Districts, at the time of publication.

Note : Le taux de population illustré dans ce tableau est basé sur des données comparatives obtenues à partir du recensement de 1996 par Statistique Canada. Le taux de population dans chaque circonscriptions judiciaires n'a pu être obtenu à partir du recensement 2001 au moment de la publication.

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	2 1	3 2	4 0	2 0	0 1	0 2	1 2	12	8	20	10.2	12	8.0
Campbellton	1 0	1 1	0 0	1 0	5 2	0 0	1 1	9	4	13	6.6	8	5.3
Edmundston	3 3	2 2	0 2	3 2	0 0	1 1	1 2	10	12	22	11.2	18	11.9
Fredericton	4 2	2 1	5 1	3 2	2 1	2 0	7 1	25	8	33	16.8	24	15.9
Miramichi	2 1	5 0	4 0	0 0	1 0	1 0	0 1	13	2	15	7.7	10	6.6
Moncton	4 3	4 0	2 0	7 1	3 1	1 0	6 1	27	6	33	16.8	26	17.2
Saint John	4 0	7 2	7 1	8 2	3 2	3 2	5 3	37	12	49	25.0	46	30.5
Woodstock	1 0	0 1	0 0	3 2	2 0	1 1	0 0	7	4	11	5.6	7	4.6
Males / Hommes	21	24	22	27	16	9	21	140		196	100.0	151	100.0
% Total - Males/Hommes	10.7	12.2	11.2	13.8	8.2	4.6	10.7	71.4					
Females / Femmes	10	9	4	9	7	6	11		56				
% Total - Females/ Femmes	5.1	4.6	2.0	4.6	3.6	3.1	5.6		28.6				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	31	33	26	36	23	15	32						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	15.8	16.8	13.3	18.4	11.7	7.7	16.3						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0 0	0 0	3 0	3 1	2 0	1 0	2 0	11	1	12	6.1	12	8.0
Drowning –Bathtub / Noyade - baignoire	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Animal Bites, Kicks, etc. / Morsures par un animal, coup de pied, etc.	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	13 10	16 5	7 2	14 4	2 4	4 3	8 1	64	30	94	48.0	70	46.4
Crushed and/or Buried / Écrasé et/ou enterré	0 0	0 0	0 0	1 0	1 1	1 0	0 0	3	1	4	2.0	2	1.3
Blunt Trauma, Beating / Traumatisme dû à un objet contondant – acte de violence	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	1 0	1 0	0 0	3 0	2 0	0 0	0 1	7	1	8	4.1	7	4.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Trauma of air crash / Traumatisme dû à un accident d'avion	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	1.0	0	0.0
Fire – Structural / Incendie de bâtiments	1 0	1 0	1 0	0 0	1 0	0 1	0 1	4	2	6	3.1	6	4.0
Fire – vehicle/ Incendie de véhicule	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Exposure to Cold / Hypothermie	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1 2	3	2	5	2.6	5	3.3
Fall or jump – different level height, eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	4 1	5	1	6	3.1	0	0.0
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	0 0	3 4	4	5	9	4.6	7	4.6
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 1	0 0	1	1	2	1.0	0	0.0
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	1 0	1	1	2	1.0	2	1.3
Carbon Monoxide Poisioning / Intoxication oxycarbonée	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	1 0	0 0	3	0	3	1.5	3	2.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drugs / Drogue	1 0	0 1	4 2	2 1	0 0	1 1	0 0	8	5	13	6.6	13	8.6
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	1 0	0 0	1 2	0 0	0 0	0 0	2	2	4	2.0	4	2.7
Transferred from other Province/State / Transferré de l'extérieur de la province/État	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	0	0.0
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	2 0	3 1	3 0	2 0	2 0	0 0	0 0	12	1	13	6.6	11	7.3
Aspiration / Aspiration	0 0	0 0	1 0	0 0	1 1	0 0	2 1	4	2	6	3.1	3	2.0
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Males / Hommes	21	24	22	27	16	9	21	140		196	100.0	151	100.0
Females / Femmes	10	9	4	9	7	6	11		56				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	31	33	26	36	23	15	32						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Construction / Chantier de construction	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	1.0	2	1.3
Farming (includes non paid actual farming not recreation) / Agriculture (comprend le travail agricole non rémunéré et à des fins non récréatives)	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	1.0	2	1.3
Commercial Drivers – truck, taxi, school bus, etc. / Chauffeur de véhicules utilitaires – camion, taxi, autobus scolaire, etc.	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Swimming / Natation	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Powerboating / Hors-bord	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	1.0	2	1.3
Other Non-powerboating (canoes, rafts) / Autres moyens de navigation non motorisés (canots, radeaux)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.5	1	0.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 /
MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Snowmobiling (anywhere off public road) - driver / Motoneige (n'importe ou hors d'une route publique) conducteur	1 0	1 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	4	0	4	2.0	4	2.7
Snowmobiling (On Public Road) driver / Motoneige (sur route publique) conducteur	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Ultra Light Aircraft / Avion ultra-léger (ULM)	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.5	0	0.0
All Terrain Vehicle (driver) / Véhicule tout-terrain (conducteur)	1 0	2 1	2 0	0 0	2 0	0 0	0 0	7	1	8	4.1	6	4.0
Other Recreation (including race tracks) / Autres moyens de récréation (y compris les hippodromes)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	1 2	1	3	4	2.0	1	0.7
Unlicensed Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.5	1	0.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F F	20 - 30 M H F F	31 - 40 M H F F	41 - 50 M H F F	51 - 60 M H F F	61 - 70 M H F F	Over 70 / Plus de 70 M H F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	1 0	3	0	3	1.5	1	0.7
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	3 0	1 0	6 1	5 4	4 3	4 2	7 5	30	15	45	23.0	37	24.5
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Urban Outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain -lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 1	3 0	1 1	0 0	0 0	2 2	7	4	11	5.6	8	5.3
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	1 0	1 0	2 0	1 0	1 0	1 0	7	0	7	3.6	6	4.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Tree Cutting – Private / Coupe des arbres - privée	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Public Road - driver / Route publique - conducteur	2 2	7 2	4 2	10 2	3 2	4 0	3 0	33	10	43	21.9	37	24.5
Public Road - Passenger / Route publique - passager	4 6	2 3	2 1	2 1	0 2	0 2	2 1	12	16	28	14.3	18	11.9
Public Road - Motorcycle Driver / Route publique - motocycliste	1 0	4 0	0 0	3 0	0 0	0 0	0 0	8	0	8	4.1	7	4.6
Public Road - Motorcycle Passenger / Route publique – passager sur une motocyclette	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Public Road - Pedestrian / Route publique - piéton	2 2	2 1	1 0	0 1	0 0	0 1	2 0	7	5	12	6.1	6	4.6
Public Road - bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	4 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	4	0	4	2.0	2	1.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M / H	31 - 40 F F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Ultra Light Aircraft – Passenger / Avion ultra-léger (ULM) - passager	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	0	0.0
Aquaculture – Commercial / Aquaculture commercial	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	1	0.7
Males / Hommes	21		24		22		27		16		9		21		140		196	100.0	151	100.0
Females / Femmes	10		9		4		9		7		6		11			56				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	31		33		26		36		23		15		32							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 / SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0	0	3	0	1	1	5	3	3	1	0	0	0	0	12	5	17	17.5	16	16.8
Campbellton	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	1	5	5.2	5	5.3
Edmundston	3	0	0	0	3	1	3	1	2	0	0	0	1	0	12	2	14	14.4	14	14.7
Fredericton	1	0	1	0	6	1	2	0	3	0	0	0	1	0	14	1	15	15.5	15	15.8
Miramichi	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	0	5	5.2	5	5.3
Moncton	1	0	3	0	7	1	1	0	6	3	2	0	1	0	21	4	25	25.8	24	25.3
Saint John	0	0	1	0	1	0	7	0	1	2	1	0	2	0	13	2	15	15.5	15	15.8
Woodstock	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1.0	1	1.1
Males / Hommes		5		13		19		18		17		4		6	82			100.0	95	100.0
% Total - Males/Hommes		5.2		13.4		19.6		18.6		17.5		4.1		6.2	84.5		97			
Females / Femmes		0		0		4		4		7		0		0		15				
% Total - Females/ Femmes		0.0		0.0		4.1		4.1		7.2		0.0		0.0		15.5				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge		5		13		23		22		24		4		6						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie		5.2		13.4		23.7		22.7		24.7		4.1		6.2						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F F	20 - 30 M H F F	31 - 40 M H F F	41 - 50 M H F F	51 - 60 M H F F	61 - 70 M H F F	Over 70 / Plus de 70 M H F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	0 0	0 0	0 1	1 0	0 1	0 0	0 0	1	2	4	3.1	3	3.2
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0 0	2 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	4	0	4	4.1	4	4.2
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0 0	0 0	3 0	1 0	1 0	1 0	1 0	7	0	7	7.2	7	7.4
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	2 0	1 0	4 0	2 0	4 0	2 0	1 0	16	0	16	16.5	15	15.8
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	1 0	3	0	3	3.1	3	3.2
Strangulation / Étranglement	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Fall or jump - different level height, eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	0 0	1 0	0 1	0 0	0 0	1	1	2	2.1	2	2.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hanging / Pendaison	1 0	9 0	8 1	7 1	8 3	0 0	2 0	35	5	40	41.2	39	41.1
Vehicle Exhaust / Gas d'échappement d'un véhicule	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	2.1	2	2.1
Drug / Drogue	1 0	1 0	2 2	1 3	3 1	0 0	0 0	8	6	14	14.4	14	14.7
Alcohol & Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	0 0	0 0	1 0	0 1	0 0	0 0	1	1	2	2.1	2	2.1
Poison or Solvent / Poison ou solvant	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Males / Hommes	5	13	19	18	17	4	6	82		97	100.0	95	100.0
Females / Femmes	0	0	4	4	7	0	0		15				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	5	13	23	22	24	4	6						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Psychiatric Unit of Regional Hospital / Unité psychiatrique d'un hôpital régional	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans un résidence or sur un bien-fonds	0 0	6 0	15 2	13 3	14 5	2 0	6 0	56	10	66	68.0	65	68.4
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	1 0	1 0	0 0	1 1	1 0	0 0	0 0	4	1	5	5.2	4	4.2
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	0 0	0 1	1 0	0 2	1 0	0 0	2	3	5	5.2	56	5.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	3 0	1 0	3 1	2 0	1 0	0 0	0 0	10	1	11	11.3	11	11.6
Public Road - Pedestrian / Route publique - piéton	0 0	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	2.1	2	2.1
Railway Crossing – Vehicle / Passage à niveau - véhicule	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Railway - not on board (crossing tracks, trespasser) / Voie ferrée - non-passager (traverser voie, intrus)	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	2.1	2	2.1
Motel / Motel	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Males / Hommes	5	13	19	18	17	4	6	82		97	100.0	95	100.0
Females / Femmes	0	0	4	4	7	0	0		15				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	5	13	23	22	24	4	6						

NATIONAL SUICIDE RATES PER 100,000 POPULATION OF CANADA / TAUX NATIONAL CANADIEN DE SUICIDE PAR 100 000 HABITANTS

Schedule C-4 / Tableau C-4

1989 - 1998

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
National Rate / Taux national	13.3	12.7	13.3	13.5	13.1	12.8	13.4	13.2	12.3	12.2	13.4
Nfld. / T.-N.	5.1	10.1	7.1	8.7	9.8	8.4	7.3	6.6	8.3	6.2	6.3
PEI / I.-P.É.	8.5	10.7	16.9	12.3	9.0	11.9	14.0	8.8	10.2	7.3	11.6
NS / N.-É.	10.9	12.9	12.6	10.7	11.5	10.4	13.0	12.3	9.8	11.8	12.5
NB / N.-B.	11.7	11.6	12.8	11.7	14.5	13.7	15.9	12.5	11.8	14.3	12.3
Que / QC	15.6	16.3	16.3	18.1	18.2	17.3	19.5	19.9	18.7	18.9	21.8
Ont / Ont.	11.9	9.1	10.1	9.7	10.0	9.9	9.8	9.7	8.2	8.4	8.7
Man / Man.	14.6	12.8	12.4	12.0	12.6	10.4	10.4	10.3	12.7	11.3	11.0
Sask / Sask.	12.3	15.2	12.5	14.1	12.1	14.1	12.6	13.6	13.7	11.5	11.7
Alta / Alb.	14.9	16.3	18.3	18.4	15.4	15.7	16.4	16.3	14.2	13.9	15.1
BC / C.-B.	13.7	12.7	14.4	13.8	11.4	11.5	11.3	10.0	10.7	10.3	11.8
Yukon / Yuk.	19.8	19.2	11.2	10.4	22.9	23.6	29.7	19.1	15.5	15.8	25.8
NWT – T.N.-O.	58.2	33.3	40.3	28.5	42.6	32.5	24.3	34.3	41.3	51.9	41.5
Nunavut	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	59.6
Source - Statistics Canada / Statistique Canada											

New Brunswick suicide rates for 2000 - 14.8 based on a population of 756,598 for the period of April 1, 2000 - March 31, 2001. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 2000 - 14.8 basé sur une population de 756, 598 pour la période du 1er avril 2000 au 31 mars 2001.

New Brunswick suicide rates for 2001 - 12.42 based on a population of 757,077 for the period of April 1, 2001 - March 31, 2002. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 2001 - 12.42 basé sur une population de 757,077 pour la période du 1er avril 2001 au 31 mars 2002.

Comparative figures for 2000, 2001 and 2002 calendar years were not available from Statistics Canada at the time of publication. / Les données comparatives de Statistique Canada pour les années civile 2000, 2001 et 2002 n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires	0 - 19 M H F /	20 - 30 M H F /	31 - 40 M H F /	41 - 50 M H F /	51 - 60 M H F /	61 - 70 M H F /	Over 70 / Plus de 70 M H F /	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Fredericton	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Miramichi	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Moncton	0 0	0 0	0 0	2 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	33.3	3	33.3
Saint John	0 0	2 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3	0	3	33.3	3	33.3
Males / Hommes	0	2	3	3	1	0	0	9		9	100.0	9	100.0
% Total - Males/Hommes	0.0	22.2	33.3	33.3	11.1	0.0	0.0	100.0					
Females / Femmes	0	0	0	0	0	0	0		0				
% Total - Females/ Femmes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	2	3	3	1	0	0						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	0.0	22.2	33.3	33.3	11.1	0.0	0.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Blunt Trauma, Beating / Traumatisme dû à un objet contondant - acte de violence	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	22.2	2	22.2
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11.1	1	11.1
Shooting – Handgun / Fusillade, arme de poing	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	22.2	2	22.2
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	44.4	4	44.4
Males / Hommes	0		2		3		3		1		0		0		9		9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	0		0		0		0		0		0		0			0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0		2		3		3		1		0		0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Service Station, Mechanic Garage / Station-service, garage	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 0	1 0	1 0	1 0	1 0	0 0	0 0	4	0	4	44.4	4	44.4
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Public Road – Driver / Route publique - conducteur	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Males / Hommes	0	2	3	3	1	0	0	9		9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	0	0	0		0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	2	3	3	1	0	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 1	1 0	3 0	5 2	15 1	15 6	36 19	75	29	104	8.8	39	10.9
Campbellton	0 1	0 1	4 2	4 0	6 2	10 4	19 17	43	27	70	6.0	17	4.8
Edmundston	1 0	0 0	0 0	4 2	3 2	9 2	15 11	32	17	49	4.2	19	5.3
Fredericton	2 2	0 3	3 0	3 2	24 6	28 21	56 64	116	98	214	18.2	63	17.6
Miramichi	1 0	0 0	0 0	4 2	6 3	14 3	11 14	36	22	58	4.9	19	5.3
Moncton	3 1	1 0	6 3	5 1	24 7	35 15	73 52	147	79	226	19.2	59	16.5
Saint John	4 2	0 0	3 5	14 4	28 16	52 28	117 117	218	172	390	33.2	127	35.5
Woodstock	0 0	0 0	1 0	2 0	8 1	9 6	20 18	40	25	65	5.5	15	4.2
Males / Hommes	11	2	20	41	114	172	347	707			100.0	358	100.0
% Total - Males/Hommes	0.9	0.2	1.7	3.5	9.7	14.6	29.5	60.1		1176			
Females / Femmes	7	4	10	13	38	85	312		469				
% Total - Females/ Femmes	0.6	0.3	0.9	1.1	3.2	7.2	26.5		39.9				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	6	30	54	152	257	659						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	1.5	0.5	2.6	4.6	12.9	21.9	56.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Infectious Disease / Maladie infectieuse	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	10 7	2 4	20 10	41 13	113 38	172 85	347 312	705	469	1174	99.8	358	100.0
Undetermined / Facteur de décès non déterminé	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Males / Hommes	11	2	20	41	114	172	347	707		1176	100.0	358	100.0
Females / Femmes	7	4	10	13	38	85	312		469				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	6	30	54	152	257	659						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	2	0.6
Construction / Chantier de construction	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Mining / Exploitation minière	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Marine Shipping / Transport maritime	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Swimming / Natation	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0
Hunting / Chasse	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	2 2	17 42	20	44	64	5.4	9	2.5
Unlicensed Residential Homes (Retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 3	1	3	4	0.3	0	0.0
Hospital Emergency - DOA / Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée	0 0	0 0	0 0	0 0	2 1	1 0	3 0	6	1	7	0.6	0	0.0
Hospital Emergency Non DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	1 0	0 0	0 0	0 0	2 1	2 3	4 2	9	6	15	1.3	3	0.8

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	2 1	3	1	4	0.3	2	0.6
Hospital Post Op (recovery room) / Salle de réveil	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 1	1	1	2	0.2	0	0.0
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	1 3	0 0	1 1	1 2	6 3	3 4	22 12	34	25	59	5.0	14	3.9
Rehabilitation Facility / Centre de réadaptation	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	1 0	0 0	0 1	1 0	4 2	0 2	16 25	22	30	52	4.4	9	2.5
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	0 0	3 0	0 0	1 0	4	0	4	0.3	1	0.3
Hospital - For Pronouncement / Hôpital (pour la constatation du décès	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	7 4	1 4	15 6	33 10	78 26	142 69	259 219	535	338	873	74.2	281	78.5

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Gymnasium/Health Club / Gymastique /club de conditionnement physique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	0.1	0	0.0
Hotel / Hôtel	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	2	0	2	0.2	1	0.3
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	1 0	1 0	2 0	5 2	5 2	5 3	19	7	26	2.2	10	2.8
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	1 0	0 0	2 1	1 0	3 0	5 0	4 1	16	2	18	1.5	5	1.4
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiment ou des résidences)	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	3 0	5 0	10	0	10	0.9	2	0.6
Public Rd - Driver / Route publique - conducteur	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	4 0	1 0	8	0	8	0.7	8	2.2
Public Rd - Passenger / Route publique - passager	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 2	4 2	5	5	10	0.9	2	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Land Vehicles-driver-anywhere off public road-not recreation / Véhicule tout terrain-conducteur-n'importe où hors d'une route publique-véhicule ne servant pas à des fins récréative	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Transferred from Other Province/ State / Transferré de l'extérieur de la province/État	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	0 0	1	1	2	0.2	0	0.0
Heatlh Centre Facility / Centre de santé	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Psychiatric Unit of Regional Hospital / Unité psychiatrique d'un hôpital régional	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 1	0 0	0	2	2	0.2	2	0.6
Motel / Motel	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.3
Males / Hommes	11	2	20	41	114	172	347	707			100.0	358	100.0
Females / Femmes	7	4	10	13	38	85	312		469	1176			
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	6	30	54	152	257	659						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE F-1 /
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU F-1

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	50.0	1	50.0
Moncton	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	50.0	1	50.00
Males / Hommes	1	0	0	0	0	0	0	1			100.0	2	100.0
% Total - Males/Hommes	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0		2			
Females / Femmes	0	0	0	0	1	0	0		1				
% Total - Females/ Femmes	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0		50.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	0	0	0	1	0	0						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE F-2 /
DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Sudden Unexpected Death Syndrome / Syndrome de mort subite	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	50.0	1	50.0
Undetermined / Facteur de décès non détermné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	50.0	1	50.0
Males / Hommes		1		0		0		0		0		0		0	1		2	100.0	2	100.0
Females / Femmes		0		0		0		0		1		0		0		1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge		1		0		0		0		1		0		0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT – SCHEDULE F-3 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3

from/de 2002.04.01 / to/au 2003.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	1` 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	50.0	1	50.0
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	50.0	1	50.0
Males / Hommes	1	0	0	0	0	0	0	1		2	100.0	2	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	1	0	0		1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	0	0	0	1	0	0						

Schedule F

Undetermined Deaths
(Means of death impossible to determine)

There were two deaths classified as Undetermined.

One was in the Bathurst Judicial District

Case #1
Death Factor: Fire
Environment: Rural Outdoors
Age group: 51 - 60
Sex: Female
An autopsy was performed.

One was in the Moncton Judicial District

Death Factor: Sudden Unexpected Death in Infancy

Environment: Residence
Age: 0 - 10
Sex: Male
An autopsy was performed.

Tableau F

Décès d'origine inconnue
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Deux décès ont été classés dans la catégorie de décès d'origine inconnue.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Bathurst :

Premier cas
Facteur de mortalité : Incendie
Lieu : À l'extérieur, en milieu rural
Groupe d'âge : 51 - 60
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Moncton

Facteur de mortalité : Décès soudain et imprévu d'un nourrisson
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Summary of Inquest and Recommendations

Nine inquests were held during the reporting period. It should be noted that this report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of mid November 2003, in response to the recommendations on the inquests conducted in 2002/03.

Inquest No. 1 – Stephen Beshara

An inquest was held into the death of a 20 year old male from the Saint John area, who died following an overdose of prescription drugs. The Rothesay Regional Police Department together with the Coroner's Office completed an investigation into this death. The inquest was held May 27-29, 2002 in Saint John.

The Jury confirmed that the cause of death was aspiration and the manner of death was accidental. There were 17 recommendations from the Jury.

1. A prescription drug monitoring program should be developed in New Brunswick by the Department of Health & Wellness.

2. Such a monitoring program should be comprehensive. At the least, it should cover all prescription drugs that create a potential risk to person or public health. It should monitor prescriptions issued by all licensed prescribers.

3. This monitoring system should be timely. It should allow "real time" access to information to designated parties (licensed or registered professionals). At the least, this should provide immediate access to prescribing history by pharmacists.

Résumé des enquêtes et des recommandations

On a effectué neuf enquêtes au cours de la période couverte par le rapport. Il est à noter qu'on trouve dans ce rapport les réponses reçues par le Bureau du coroner en chef jusqu'à la mi-novembre 2003 en ce qui a trait aux recommandations relatives aux enquêtes effectuées en 2002 et 2003.

Première enquête – Stephen Beshara

On a procédé à une enquête concernant le décès d'un homme âgé de 20 ans originaire de Saint-Jean. M. Beshara a perdu la vie à la suite d'une surdose de médicaments d'ordonnance. Le service régional de police de Rothesay et le bureau du coroner ont enquêté ensemble sur ce décès. L'enquête du coroner s'est tenue du 27 au 29 mai 2002, à Saint-Jean.

Le jury a confirmé que le décès a été causé par aspiration de corps étranger et qu'il était de nature accidentelle. Il a formulé 17 recommandations.

1. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick doit mettre sur pied un programme de surveillance des médicaments sur ordonnance.

2. Ce programme de surveillance doit être complet. Il doit au moins couvrir tous les médicaments sur ordonnance qui entraînent un risque potentiel pour l'utilisateur ou le public. Il doit assurer la surveillance de toutes les ordonnances délivrées par les détenteurs d'un permis de pratique.

3. Ce programme de surveillance doit fournir un accès rapide aux données, soit un accès «en temps réel » aux parties désignées (personnes autorisées ou possédant un permis de pratique). Il doit au moins permettre au pharmacien de vérifier immédiatement les antécédents d'ordonnance.

Inquest No. 1 – Stephen Beshara continued

4. Such a monitoring program should be effective. It must allow licensing bodies to respond effectively when there is evidence of drug abuse, drug redirection, or any other inappropriate prescribing.

5. The function of the Narcotic Inspector should be reinstated.

6. The College of Physicians and Surgeons should educate and reinforce with its members guidelines for appropriate drug prescribing, particularly regarding narcotics. Such should emphasize the signs of actual or potential drug abuse, and drug redirection, also education be provided in the area of thorough patient charting.

7. The College of Physicians and Surgeons and the New Brunswick Pharmaceutical Society should fully cooperate in responding to specific problems and in developing initiatives to address this issue.

8. The College of Physicians and Surgeons should remind its members of their obligation to respond appropriately to any concerns expressed by pharmacists.

9. In assessing the risk of abuse, physicians should also be prepared to consider information they may receive from other sources. This could include official sources such as law enforcement, but also may include those personally familiar with the patient, especially family.

Première enquête – Stephen Beshara (suite)

4. Ce programme de surveillance doit être efficace. Il doit permettre aux organismes de réglementation professionnelle de réagir adéquatement lorsqu'il y a abus de médicaments, détournement de médicaments ou délivrance de toute ordonnance non appropriée.

5. On doit réinstaurer le poste d'inspecteur aux narcotiques.

6. Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick doit fournir de la formation et inciter ses membres, à l'aide de lignes directrices, à adopter des pratiques appropriées de délivrance des ordonnances, particulièrement en ce qui a trait aux narcotiques. On doit, mettre l'accent sur les signes d'abus potentiel ou réel de médicaments sur ordonnance et de détournement de médicaments. On doit aussi fournir une formation portant sur la tenue détaillée des dossiers des patients.

7. Le Collège des médecins et chirurgiens et l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick doivent collaborer ensemble afin d'élaborer des stratégies globales face au problème et de traiter les cas spécifiques.

8. Le Collège des médecins et chirurgiens doit rappeler à ses membres leur obligation de répondre adéquatement à tout questionnement exprimé par les pharmaciens.

9. Lorsqu'ils évaluent le risque d'abus de médicaments, les médecins doivent aussi prendre en compte l'information provenant d'autres sources. Il peut s'agir de représentants de la loi, mais aussi de personnes proches du patient, particulièrement les membres de sa famille.

Inquest No. 1 – Stephen Beshara continued

10. The College of Physicians & Surgeons should encourage and, when specific issues have arisen, require, physicians to undertake specific training to deal with patients who may be at risk of abusing prescription drugs.

11. That a triple prescription program be implemented for all narcotics and controlled substances. One copy for physicians, one copy for pharmacists, one copy to be forwarded to the College of Physicians and Surgeons.

12. That the New Brunswick Pharmaceutical Society make it mandatory not to fill prescriptions of narcotic or controlled substances more than one day early.

13. Medical training programs should increase the training provided to all physicians in prescribing of narcotics and other drugs, as well as in identifying patients at risk of drug abuse.

14. Access to specialized pain clinics, and other resources, for chronic pain patients be increased.

15. In certain circumstances and when no other option will help, physicians should be prepared to consider, or be required by the College of Physicians and Surgeons to give up their right to prescribe certain narcotic drugs.

16. Community efforts to address local problems with prescription drug abuse should be encouraged, fostered and funded.

Première enquête – Stehen Beshara (suite)

10. Le Collège des médecins et chirurgiens doit inviter et, dans certains cas, obliger les médecins à suivre une formation particulière afin d'être mieux en mesure de traiter les patients qui risquent d'abuser de médicaments sur ordonnance.

11. Instaurer un programme de délivrance d'ordonnances en trois copies pour tous les narcotiques et les médicaments contrôlés. La première copie est conservée par le médecin, la deuxième par le pharmacien et la troisième est transmise au Collège des médecins et chirurgiens.

12. L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick doit interdire l'exécution d'ordonnances de narcotiques et de médicaments contrôlés plus d'une journée à l'avance.

13. On doit accroître la formation médicale relativement à la prescription de narcotiques et d'autres médicaments, ainsi que le dépistage des patients à risque d'abus de médicaments.

14. On doit accroître l'accès aux cliniques de la douleur et à d'autres ressources pour les patients souffrant de douleur chronique.

15. Dans certaines circonstances, lorsqu'il n'y a pas d'autre solution, les médecins devront être prêts à renoncer à leur droit de prescrire certains narcotiques ou être obligés à renoncer de le faire par le Collège des médecins et chirurgiens.

16. On doit encourager et financer les efforts communautaires visant à enrayer les abus de médicaments sur ordonnance à l'échelle locale.

Inquest No. 1 – Stephen Beshara continued

17. All recommendations referring to physicians and the College of Physicians and Surgeons should also apply to all other licensed prescribers and their licensing bodies.

Recommendations were forwarded to the New Brunswick Pharmaceutical Society, the College of Physicians and Surgeons, The Department of Health and Wellness and Health Canada for their consideration.

The New Brunswick Pharmaceutical Society response: The Society expressed their support for an on-line monitoring system (Recommendations #1-4), rather than a triplicate, paper based system (Recommendation # 11) for efficiency and effectiveness reasons. They noted the value of an on-line system to prevent medication errors, incorrect or duplicate doses in addition to identifying those who divert or misuse medications.

Recommendation # 7, 9 and 16 – The Society restated its commitment to information sharing and communication between physicians and pharmacists, both at the association level and practitioner level. The Society reports that it encourages pharmacists to participate in community initiatives dealing with prescription drug abuse.

Recommendation # 12 – The Society states that in the majority of cases, pharmacists can make decisions concerning treatment and can exercise their right to refuse to fill prescriptions for those whom they believe, based on their own professional judgement, are abusing or diverting. Mandatory controls may unnecessarily inconvenience legitimate patients or put them at risk. The Society advocates a dialogue between pharmacists and physicians on the current state of practice.

Première enquête – Stephen Beshara (suite)

17. Toutes les recommandations relatives aux médecins et au Collège des médecins et chirurgiens s'appliquent également aux autres détenteurs d'un permis de pratique et aux autres organismes de réglementation professionnelle.

Ces recommandations ont été présentées à l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, au Collège des médecins et chirurgiens, au ministère de la Santé et du Mieux-Être et à Santé Canada afin qu'ils les examinent.

Réponse de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick : L'Ordre a déclaré préférer la mise sur pied d'un programme de surveillance en direct (recommandation 4) à la délivrance d'ordonnances en trois copies (recommandation 11), pour des raisons d'efficacité et de rentabilité. Il a vanté le mérite d'un mécanisme en direct qui préviendrait les erreurs de médication et l'administration de doses erronées ou en double et qui permettrait de repérer les cas de détournement ou d'utilisation abusive de médicaments.

En ce qui concerne les recommandations 7, 9 et 16, l'Ordre a réitéré son engagement envers le partage de l'information et la communication entre les médecins et les pharmaciens, tant à l'échelon des associations professionnelles qu'individuellement. L'Ordre a indiqué qu'il encourage les pharmaciens à participer à des initiatives communautaires qui portent sur l'abus de médicaments.

En réponse à la recommandation 12, l'Ordre a fait savoir que dans la majorité des cas, les pharmaciens peuvent prendre des décisions au sujet du traitement et peuvent exercer leur droit de refuser d'exécuter une ordonnance s'ils croient, en se fiant à leur jugement professionnel, que la personne abuse ou détourne des médicaments. L'imposition de contrôles obligatoires pourrait nuire indûment et faire courir des risques aux patients légitimes. L'Ordre prône le dialogue entre les pharmaciens et les médecins au sujet de l'exercice courant de leur profession.

Inquest No. 1 – Stephen Beshara continued

The College of Physicians and Surgeons response: The College expressed their general support for a monitoring system, and their expectation to be an active participant in development, and the recommendations in general. In addition, the College offered other specific comments:

Recommendation # 6 - College guidelines regarding narcotic prescribing, and College regulations regarding patient records, have been published in the past and have always been available to members through the College office and its website. Nevertheless, to reinforce these issues, the guidelines will be forwarded to physicians again.

Recommendations # 7 and 8 - Cooperation between the college, and the New Brunswick Pharmaceutical Society, has significantly increased over the last few years. Furthermore, joint guidelines regarding publishing will be published and address several issues regarding the relationship between physicians and pharmacists and their respective responsibilities.

Recommendation # 9 - These factors will be reinforced with physicians in some fashion in the future.

Recommendation # 10, 13 and 16 - Specific targeted programs in assisting physicians in dealing with 'drug seeking' patients have been developed elsewhere. In some provinces, physicians who have run into difficulty in this regard are required to attend such programs. In reviewing the matter, and after discussions with the New Brunswick Medical Society, it appears to be advantageous to provide such assistance to physicians in a more general context and thus the College is considering inviting trainers to conduct training sessions in New Brunswick.

Première enquête – Stephen Beshara (suite)

Réponse du Collège des médecins et chirurgiens : Dans l'ensemble, le Collège s'est dit en faveur de la mise sur pied d'un mécanisme de surveillance et s'attend à participer activement à sa conception ainsi qu'à la mise en œuvre de toutes les recommandations. En outre, le Collège a formulé des observations particulières.

Pour ce qui est de la recommandation 6, les lignes directrices du Collège en ce qui concerne la délivrance d'ordonnances de narcotiques et ses règlements sur les dossiers des patients ont été rendus publics et ont toujours été mis à la disposition des membres au bureau ou dans le site Web du Collège. Mais le Collège fera parvenir à nouveau ses lignes directrices à tous les médecins afin de s'assurer qu'elles soient bien comprises.

En ce qui a trait aux recommandations 7 et 8, la coopération entre le Collège et l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick s'est accrue considérablement au cours des dernières années. De plus, des lignes directrices communes seront rendues publiques dans le but de régler plusieurs problèmes dans les relations entre les médecins et les pharmaciens et de départager leurs responsabilités respectives.

Le Collège insistera d'une façon quelconque auprès des médecins en ce qui concerne les questions soulevées par la recommandation 9.

En réponse aux recommandations 10, 13 et 16, des programmes ciblés qui aident les médecins à s'occuper des patients « en manque » ont été élaborés ailleurs. Dans certaines provinces, les médecins qui ont éprouvé des ennuis à cet égard ont été tenus de s'inscrire à des programmes de ce genre. Après avoir examiné la question et en avoir discuté avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le Collège a conclu qu'il serait plus efficace d'offrir de l'aide aux médecins dans un contexte plus global, et il a envisagé d'inviter des formateurs spécialisés à offrir des ateliers au Nouveau-Brunswick.

Inquest No. 1 – Stephen Beshara continued

Recommendation # 15 - The College has already endorsed this approach.

Department of Health & Wellness response -

Recommendations 1 through 4, and Recommendation 11, were directed toward the need for the implementation of a monitoring program for prescription drugs.

A provincial prescription drug monitoring system is a high priority of the Department of Health and Wellness, in the context of developing a one patient / one record electronic system. The Department is currently working with partners to develop cost-effective alternatives for government's consideration; the Atlantic Provinces have joined together to investigate a joint approach to a Pharmacy Information System, through the Health Infostructure Atlantic initiative. We anticipate being in a position to finalize funding arrangement for this important initiative within the near future. An electronic prescription drug monitoring system will replace the need for paper-based triplicate prescription program; the main disadvantage of a triplicate program is that prescription information is only available retrospectively, not in real-time as will be the case with an electronic monitoring system.

Recommendation 14 was directed toward the need for increased access to specialized pain clinics, and other resources, for chronic pain patients.

Première enquête – Stephen Beshara (suite)

Le Collège a déjà adopté la démarche décrite dans la recommandation 15.

Réponse du ministère de la Santé et du Mieux-Être :

Les recommandations 1 à 4 et 11 traitent de la nécessité de mettre en œuvre un programme de surveillance des médicaments sur ordonnance.

L'élaboration d'un programme provincial de surveillance des médicaments sur ordonnance est hautement prioritaire pour le ministère de la Santé et du Mieux-Être, dans le cadre de la mise en œuvre d'un système électronique de dossiers de patient uniques. Le ministère collabore actuellement avec des partenaires dans le but d'élaborer des solutions rentables qu'il présentera au gouvernement. Les provinces de l'Atlantique ont uni leurs efforts dans le but d'examiner une démarche commune visant à concevoir un système d'information pharmaceutique, dans le cadre de l'initiative infostructure de la santé de l'Atlantique. Nous prévoyons que nous serons très bientôt en mesure de mettre la touche finale au mécanisme de financement de cette importante initiative. Un système électronique de surveillance des médicaments sur ordonnance remplacera le programme de délivrance d'ordonnances en trois copies sur papier. Le principal inconvénient des ordonnances en trois copies est qu'elles procurent les renseignements sur les médicaments sur ordonnances de façon rétroactive, et non en temps réel comme ce sera le cas du nouveau système électronique de surveillance.

La recommandation 14 traitait de la nécessité d'accroître l'accès aux cliniques de la douleur et à d'autres ressources pour les patients souffrant de douleurs chroniques.

Inquest No. 1 – Stephen Beshara continued

The issue of improved access to such clinics/services will be addressed in the context of the provincial health plan currently being developed by the Department, with the participation of all Regional Health Authorities, and through regional health and business plans to be developed by each RHA.

Recommendation 16 indicated that community efforts to address local problems with prescription drug abuse should be encouraged, fostered and funded.

The Department encourages community stakeholders to get involved towards the goal of alcohol and drug prevention in their immediate community. Hospital Services, in collaboration with the Regional Addiction Services, are working with community-based committees in St. Stephen, Boiestown/Doaktown and Miramichi to address both the immediate issue of Dilaudid abuse as well as the larger concern of alcohol/drug use in those communities.

The Department of Health and Wellness is one of the main stakeholders, along with the New Brunswick Medical Society, the NB Pharmaceutical Society, and the RCMP in the establishment of the New Brunswick Prescription Drug Coalition. This new committee has received funding from the National Crime Prevention Strategy for the purpose of setting up a provincial organization in the same form as the Anti-Tobacco Coalition, with the goal of addressing issues related to prescription drug use in New Brunswick.

Première enquête – Stephen Beshara (suite)

La question d'accroître l'accès à ces cliniques et services sera abordée dans le cadre du régime de santé provincial que le ministère est en train de concevoir avec le concours de toutes les régies régionales de la santé ainsi qu'au moyen des plans régionaux de la santé et d'affaires qu'élaborera chacune des RRS.

La recommandation 16 traitait de la nécessité d'encourager et de financer les efforts communautaires visant à enrayer les abus de médicaments sur ordonnance à l'échelle locale.

Le ministère encourage les gens du milieu à travailler à prévenir l'abus d'alcool et la consommation de drogue dans leur collectivité immédiate. Les Services hospitaliers, en collaboration avec les Services régionaux de traitement des dépendances, travaillent avec des comités communautaires à St. Stephen, Boiestown-Doaktown et Miramichi dans le but de régler le problème ponctuel d'usage abusif de Dilaudid et de remédier généralement à la situation préoccupante qui découle de la consommation d'alcool et de drogue dans ces localités.

Avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick et la GRC, le ministère de la Santé et du Mieux-Être est l'un des principaux acteurs de la mise sur pied de la Coalition pour les médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Ce nouveau comité a reçu une aide financière dans le cadre de la Stratégie nationale pour la prévention du crime afin de mettre sur pied une organisation provinciale semblable à la Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick dans le but de s'attaquer aux problèmes qui découlent de la consommation des médicaments sur ordonnance au Nouveau-Brunswick.

Inquest No. 1 – Stephen Beshara continued

Each of the Health, Enforcement and Education in Partnership (HEP) committees, established in each region since 1996, continue to assist in raising awareness and identifying local solutions to alcohol and drug abuse issues in their community. This initiative is based on the national, HEP partnership; it is spearheaded by Hospital Services and the RCMP and is becoming a self-sustaining network of community action groups. New Brunswick is the first jurisdiction in the country to have established HEP committees in each of its health regions.

Health Canada response

Health Canada still has inspectors designated under the Controlled Drugs and Substances Act. However, the routine visit of pharmacies was stopped in the mid-nineties since regulated professionals had a high level of compliance to the regulatory requirements. Since then, inspectors have focussed on manufacturers, wholesalers and distributors but remain available to investigate issues when necessary.

The federal government plans to implement a national drug strategy to address addiction, while promoting public safety. This strategy will consider recommendations from the final reports of two committees of parliament - A Senate Special Committee on Illegal Drugs (September 2002) and the House of Commons Special Committee on Non-Medical Use of Drugs (December 2002).

Première enquête – Stephen Beshara (suite)

Les comités Santé et services de police en partenariat (SSPP) mis sur pied dans chacune des régions en 1996 continuent d'aider à sensibiliser la population et à trouver des solutions locales aux problèmes de consommation d'alcool et de drogue dans leur milieu. Cette initiative s'inspire du programme national de SSPP. Elle est menée par les Services hospitaliers et par la GRC et elle est en train de donner naissance à un réseau autonome de groupes d'action communautaire. Le Nouveau-Brunswick est la première administration canadienne à avoir établi un comité SSPP dans chacune de ses régions de la santé.

Réponse de Santé Canada :

Jusqu'à aujourd'hui, Santé Canada emploie des inspecteurs désignés en vertu de la *Loi sur le Contrôle des drogues et substances*. Cependant, les visites régulières chez les pharmacies a prit fin vers le milieu des années 1990 alors que les professionnels dans le domaine pharmaceutique devaient se conformer à des normes et des règlements précis. Depuis ce temps, les inspecteurs ont porter une attention particulière auprès des manufacturiers, des détaillants et des distributeurs tout en tenant compte de la possibilité d'enquêter dans d'autres secteurs.

Le gouvernement fédéral envisage la possibilité de mettre sur pied une stratégie nationale pour adresser la question de l'abus des drogues et ce, en assurant la promotion de la sécurité publique. Cette stratégie tiendra compte des recommendations du rapport final des deux comités parlementaires : Le Comité spécial du Sénat sur les drogues illégales (septembre 2002) et le Comité spécial de la Chambre des Communes sur l'utilisation des drogues pour des fins

Inquest No. 2 – Richard Johnston

An inquest was held into the death of 22-year-old Alberta man who died on August 2, 2000 as a result of his injuries when he was thrown from the basket of a boom-type elevating work platform (zoom-boom). The accident occurred while he and the boom operator were inspecting a large diameter pipe at the Irving Oil Refinery in Saint John. The inquest was held in Saint John from April 23-27, 2002. The Jury concluded that the cause of death was massive brain damage caused by blunt trauma with skull fracture and the manner of death was accidental. The jury made 13 recommendations in four categories, while the Presiding Coroner made an additional 13 recommendations.

Recommendations of the Jury

1. Training for Man-lift Operators

1.1 Increased emphasis on safety issues and risk involved when using or working in manlifts. For example, discuss actual situations that have occurred and caused injury to persons operating manlifts (such as situations in New Brunswick and Indiana).

1.2 On the practical side, there should be a site designed to test competency on a re-created work site.

1.3 The possibility of refresher courses on a yearly basis or based on a timeline deemed appropriate by industry experts.

1.4 Prior to becoming a trainer, a person should be able to indicate having completed a set number of operating hours on a manlift (i.e. record hours on the card).

Deuxième enquête – Richard Johnston (suite)

Une enquête a été tenue au sujet du décès d'un Albertain âgé de 22 ans qui est survenu le 2 août 2000 à la suite de blessures que la victime a subies lorsqu'elle a été éjectée de la nacelle d'une plate-forme de travail élévatrice orientable (Zoom Boom). L'accident s'est produit pendant que la victime et l'opérateur de la plate-forme faisaient l'inspection d'un tuyau de grand diamètre à la raffinerie Irving de Saint-Jean. L'enquête a eu lieu à Saint-Jean du 23 au 27 avril 2002. Le jury a conclu que la victime est décédée accidentellement de lésions cérébrales massives causées par un traumatisme contondant et une fracture du crâne. Le jury a formulé 13 recommandations divisées en quatre catégories, et le coroner qui présidait l'enquête a aussi fait 13 recommandations.

Recommandations du jury

1. Formation à l'intention des opérateurs de monte-personnes

1.1 Mettre davantage l'accent sur les questions de sécurité et les risques relativement à l'utilisation de monte-personnes ou au travail dans des monte-personnes. Par exemple, discuter de situations réelles, comme de situations au Nouveau-Brunswick et en Indiana, au cours desquelles des opérateurs de monte-personnes ont subi des blessures.

1.2 Sur le plan pratique, avoir un lieu de travail recréé conçu pour évaluer les compétences des opérateurs de monte-personnes.

1.3 Offrir des cours de recyclage sur une base annuelle ou à une fréquence jugée appropriée par des experts de l'industrie.

1.4 Avoir utilisé un monte-personne pendant un nombre d'heures déterminé avant de devenir formateur (noter les heures sur une carte).

Inquest No. 2 – Richard Johnston continued

2. Equipment

2.1 Due to the design of this particular manlift (where rotator is located under the basket possibly causing visibility issues) we recommend the addition of a sensor to be installed somewhere in the vicinity of the skid plate. This would be intended to alert the user of a near immediate impact. This would not be to disable the power supply.

2.2 Look into a sensor indicating when tires are off the ground.

2.3 Safety checks of the machine to be made by the operator at each time of use. This should be logged in the logbook located on the base of the machine.

2.4 More regular preventative maintenance checks based on individual manufacturer's recommendations carried out by someone knowledgeable on all parts of the machine.

3. Personal Protective Equipment

3.1 Send recommendation for CSA approval of hard hats with a v-type strap (similar to a bicycle or hockey helmet). This could be regulated for anyone working above 10 ft. elevation.

3.2 Further investigation by CSA of lanyard length or the possible use of a fall restraint system when using an elevated manlift.

Deuxième enquête – Richard Johnston (suite)

2. Équipement

2.1 Étant donné la conception du monte-personne à l'origine de l'accident, installer un capteur près de la plaque de protection. Le rotateur de ce monte-personne est situé sous la nacelle, entraînant peut-être ainsi des problèmes de visibilité. Un capteur servirait à avertir l'opérateur d'un impact quasi immédiat. Il ne servirait pas à couper l'alimentation de l'appareil.

2.2 Examiner la possibilité d'installer un capteur de soulèvement des pneus du sol.

2.3 Avant d'utiliser un monte-personne, toujours faire un contrôle de sécurité et le consigner dans le carnet situé sur la base du monte-personne.

2.4 Faire des vérifications d'entretien préventif plus régulières selon les recommandations du fabricant. (Ces vérifications devraient être faites par une personne qui connaît toutes les pièces de l'appareil.)

3. Équipement de protection individuelle

3.1 Recommander à la CSA d'approuver des casques de sécurité munis de sangles en V (semblables aux sangles d'un casque de vélo ou de hockey). Ces casques pourraient être obligatoires pour les personnes travaillant à une hauteur de plus de 10 pieds.

3.2 Recommander à la CSA d'examiner davantage la longueur des cordons d'assujettissement antichute ou l'usage possible d'un dispositif de retenue au moment de l'utilisation d'un monte-personne surélevé.

Inquest No. 2 – Richard Johnston continued

3.3 Some type of regulation that prescription eyeglasses must be worn while operating all type of heavy equipment on a job site if you are required according to restrictions on the individual's automobile licence. (If this standard is deemed appropriate by industry experts.)

3.4 Meanwhile we would like employers to encourage employees through orientation and safety processes the importance of prescription eyewear while operating heavy machinery and to make available access to prescription safety glasses.

4. Investigation procedures for potentially fatal workplace accidents

Perhaps there could be more evidence gathering prior to creating a hypothesis. For example, 3-D pictures of the accident scene; relevant independent experts invited to investigate; documenting in chronological order pictures that have been taken at the scene; etc. all prior to the contamination or dismantling of the scene.

Recommendations of the Coroner

1. On elevating work platforms consideration should be given to disabling or reversing one or more machine functions automatically when an alarm condition is encountered. This would provide more time for a less skilled or experienced operator to diagnose and correct the conditions that gave rise to the alarm.

Deuxième enquête – Richard Johnston (suite)

3.3 Établir un certain type de règlement qui oblige des employés à porter des lunettes à verres correcteurs lorsqu'ils utilisent de l'équipement lourd dans un lieu de travail (dans le cas des employés dont le permis de conduire indique que le port de lunettes à verres correcteurs est obligatoire). (Il faut que cette recommandation soit jugée appropriée par des experts de l'industrie.)

3.4 Dans l'intervalle, souligner à ses employés, par l'entremise des séances d'orientation des employés et des procédés de sécurité, l'importance du port de lunettes à verres correcteurs lorsqu'ils utilisent de l'équipement lourd et permettre l'accès à des lunettes de sécurité à verres correcteurs.

4. Procédures d'enquête relatives à des accidents du travail potentiellement fatals

Faire peut-être un plus grand rassemblement de preuves avant de formuler une hypothèse, par exemple : images 3D de la scène de l'accident, experts indépendants invités à enquêter, mise en ordre chronologique de photos prises sur les lieux de l'accident, etc. (avant la contamination ou le démantèlement de la scène).

Recommandations du coroner

1. Dans le cas des plates-formes de travail élévatrices, songer à faire en sorte qu'une fonction ou plus de l'appareil se désactive ou s'inverse automatiquement lorsqu'une situation d'alarme se produit. Ainsi, un opérateur inexpérimenté aurait plus de temps pour diagnostiquer et corriger une situation.

Inquest No. 2 – Richard Johnston continued

2. Serious prompt consideration should be given to redesigning the alarm sensors on elevating work platforms so they may be activated prior to the equipment's wheels leaving the ground, rather than after they have been lifted a significant distance. Flashing lights as well as an audible enunciator should be considered.

3. Manufacturers, owners, lessors and lessees should be obligated by law to ensure that elevating work platforms in their control be in good working order and be properly maintained at all times according to the manufacturer's specifications before operation. Maintenance procedures to test the operation of all relief valves in such equipment should be carried out at regular intervals.

4. Manufacturers, owners, lessors and lessees should be required by law to make reasonable efforts to ensure that operators of elevating work platforms in their control are operated by fit individuals. These individuals should use CSA safety equipment including: harnesses, lanyards, hard hats and safety glasses (or prescription safety glasses where required) while operating any elevating work platforms.

5. Manufacturers, owners, lessors and lessees should be required by law to make reasonable efforts to ensure that elevating work platforms in their control are operated by certified trained operators.

Deuxième enquête – Richard Johnston (suite)

2. Envisager sérieusement et rapidement d'améliorer les capteurs d'alarme des plates-formes de travail élévatrices afin qu'ils soient activés avant le soulèvement des pneus du sol plutôt qu'après leur soulèvement à une hauteur importante. En outre, envisager des feux clignotants et une alarme sonore.

3. Obliger par la loi les fabricants, les propriétaires, les entreprises de location et les locataires à veiller à ce que les plates-formes de travail élévatrices dont ils ont la responsabilité soient toujours en bon état de marche et bien entretenues, conformément aux indications du fabricant avant le fonctionnement. Exécuter des procédés d'entretien à des intervalles réguliers pour vérifier le fonctionnement des soupapes de sûreté.

4. Obliger par la loi les fabricants, les propriétaires, les entreprises de location et les locataires à déployer des efforts raisonnables pour veiller à ce que les plates-formes de travail élévatrices dont ils ont la responsabilité soient utilisées par des personnes possédant les capacités nécessaires. Utiliser de l'équipement de sécurité homologué CSA, y compris des harnais, des cordons d'assujettissement antichute, des casques de sécurité et des lunettes de protection (ou des lunettes de sécurité à verres correcteurs le cas échéant), pour faire fonctionner une plate-forme de travail élévatrice.

5. Obliger par la loi les fabricants, les propriétaires, les entreprises de location et les locataires à déployer des efforts raisonnables pour voir à ce que les plates-formes de travail élévatrices dont ils ont la responsabilité soient utilisées par des opérateurs accrédités.

Inquest No. 2 – Richard Johnston continued

6. Elevating work platform operators should be required by law to be certified as having completed training which includes classroom-type training as developed by Grove Worldwide as well as a minimum of 20 hours of "hands on", individual, practical training under the supervision of a certified trainer.

7. The current requirement that operators be "competent" should define more precisely the meaning of "competent". That definition should include that all operators be certified. The minimum requirements for certification should be included in the definition of certification. The minimum requirements should include the specifics for certification referred to in paragraph 6 above.

8. Elevating work platform operator training should include a reminder for those who wear prescription glasses. The reminder should be that those who require prescription glasses to operate a motor vehicle must wear their prescription glasses or prescription safety glasses when operating elevating work platforms. They should also be reminded that tinted prescription safety glasses are now available.

9. Operator training for elevating work platforms should demonstrate (by means of a video) the inherent dangers of (1) entangling the basket or (2) striking objects with the basket or (3) resting the basket on any surface.

Deuxième enquête – Richard Johnston (suite)

6. Obliger par la loi les opérateurs de plates-formes de travail élévatrices à suivre une formation qui inclut une formation théorique semblable à celle de Grove Worldwide ainsi qu'au moins 20 heures de formation pratique individuelle sous la supervision d'un formateur accrédité.

7. Définir plus précisément le terme « compétent », qui est une exigence actuelle dans le cas des opérateurs. Inclure dans la définition une exigence d'accréditation. Énumérer également les exigences minimales d'obtention d'une accréditation. Inclure dans les exigences minimales la formation décrite au point 6.

8. Dans la formation sur les plates-formes de travail élévatrices, inclure un rappel à l'intention des opérateurs qui portent des lunettes à verres correcteurs. (Rappel : Les personnes qui nécessitent des lunettes à verres correcteurs pour conduire un véhicule automobile doivent porter leurs lunettes ou leurs lunettes de sécurité à verres correcteurs lorsqu'elles utilisent une plate-forme de travail élévatrice.) Rappeler aussi aux opérateurs qu'ils peuvent maintenant se procurer des lunettes de protection à verres correcteurs teintées.

9. Dans la formation sur les plates-formes de travail élévatrices, inclure une vidéocassette qui illustre les risques inhérents suivants : (1) enchevêtrer la nacelle avec un autre objet, (2) heurter des objets avec la nacelle et (3) appuyer la nacelle contre une surface quelconque.

Inquest No. 2 – Richard Johnston continued

10. Operator training should include a reminder for operators to wear CSA approved helmets with chin straps, and safety or prescription safety glasses when operating an elevating work platform.

11. All elevating work platform operators who are certified should be issued a certificate signed by a certified trainer (as described in paragraph 12 below) as well as an operator's maintenance and safety manual for elevating work platforms.

12. The certification for operators of elevating work platforms should only be completed by certified trainers who have completed "Train the Trainer" courses. These courses should include classroom training similar to those currently designed by Grove Worldwide. Trainers should be certified operators with a minimum of 100 hours practical experience in operation of an elevating work platform.

13. A study should be made to determine the best harness and lanyard system that should be used in elevating work platforms. The law pertaining to use of all arrest and restraint systems should be modified to adopt the recommendations of the study.

Deuxième enquête – Richard Johnston (suite)

10. Dans la formation sur les plates-formes de travail élévatrices, inclure un rappel à l'intention des opérateurs au sujet du port d'un casque de sécurité muni d'une jugulaire et homologué CSA et de lunettes de protection ou de lunettes de protection à verres correcteurs au moment de l'utilisation d'une plate-forme de travail élévatrice.

11. Remettre à tous les opérateurs accrédités de plates-formes de travail élévatrices un certificat signé par un formateur accrédité (selon la description au point 12) ainsi qu'un manuel de sécurité et d'entretien de l'opérateur relativement aux plates-formes de travail élévatrices

12. Obtenir uniquement une accréditation au sujet des plates-formes de travail élévatrices de la part de formateurs accrédités qui ont suivi des cours de formation du formateur. Les cours devraient inclure une formation pratique semblable à celle conçue actuellement par Grove Worldwide. Les formateurs devraient être des opérateurs accrédités qui possèdent un minimum de 100 heures d'expérience pratique dans l'utilisation de plates-formes de travail élévatrices.

13. Mener une étude afin de déterminer le meilleur système (harnais et cordon d'assujettissement antichute) à utiliser dans le cas de plates-formes de travail élévatrices. Modifier les règlements sur l'usage de tous les dispositifs de protection contre les chutes et coulisseaux de sécurité pour qu'ils reflètent les recommandations de l'étude.

Inquest No. 2 – Richard Johnston continued

Recommendations were forwarded to the Workplace Health and Safety Compensation Commission (WHSCC), the Canadian Standards Association, and nine manufacturers for their consideration. Based on a list of agencies supplied by WHSCC, copies of the recommendations were also forwarded to twenty-nine New Brunswick and Canadian organizations for their information. This list included construction associations, labour organizations, electrical contractors and roofing contractors associations and the cover letter provided a web site link to the hazard alert and photo of the man lift provided on the WHSCC website.

Workplace Health Safety and Compensation Commission (WHSCC) response: The WHSCC forwarded the recommendations to the nine manufacturers of the man lift equipment, since many dealt with equipment design. They also forwarded the recommendations to three technical committees of the Canadian Standards Association and to the 12 Canadian jurisdictions responsible for workplace health and safety, the Association of Workers Compensation Boards of Canada and the Canadian Centre for Occupational Health and Safety. In addition, staff has written articles on the accident and inquest for a number of publications.

WHSCC held discussions regarding operator and instruction training and certification with the Certification Branch of the Department of Training and Employment Development and the New Brunswick Construction Safety Association.

Deuxième enquête – Richard Johnston (suite)

Des recommandations ont été adressées à la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail, à l'Association canadienne de normalisation et à neuf constructeurs pour qu'ils en prennent connaissance. À titre d'information, des copies des recommandations ont également été envoyées à 29 organisations du Nouveau-Brunswick et du Canada qui figuraient dans une liste fournie par la CSSIAT. Cette liste comprenait des associations du milieu de la construction, des organisations ouvrières et des associations d'entrepreneurs en électricité et de couvreurs. La lettre d'accompagnement donnait l'adresse du site Web où se trouvaient l'alerte au danger et la photo du monte-personnes qui figurait dans le site Web de la CSSIAT.

Réponse de la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail : la CSSIAT a fait parvenir les recommandations aux neuf constructeurs du monte-personnes, étant donné que bon nombre d'entre elles portaient sur la conception du matériel. La Commission a également envoyé les recommandations aux trois comités techniques de l'Association canadienne de normalisation, aux 12 autorités canadiennes responsables de la santé et de la sécurité au travail, à l'Association des commissions des accidents du travail du Canada et au Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. En outre, les membres de son personnel ont écrit des articles au sujet de l'accident et de l'enquête qui a suivi pour le compte d'un certain nombre de publications.

La CSSIAT a tenu des discussions avec la Direction de l'apprentissage et de la certification professionnelle du ministère de la Formation et du Développement de l'emploi et avec la New Brunswick Construction Safety Association au sujet de la formation et de la certification des opérateurs et des instructeurs.

Inquest No. 2 – Richard Johnston continued

The WHSCC stated that with regard to their investigation procedures (Recommendation #4), procedures dealing with these items were in place at the time of the investigation into the accident.

The Manufacturers response: One manufacturer indicated that their firm no longer manufactures aerial lift products. No other responses nor acknowledgements from manufacturers were received.

The Canadian Standards Association (CSA) response : The CSA recommended that the province specifically reference their revised standard in its regulations (B354.4 Standard of 2002). This standard incorporates expanded requirements for training, equipment, procedures and personal protective equipment.

Recommendation 2.1 of the Jury and Recommendations 1 and 2 of the Presiding Coroner - the CSA indicated that there are no requirements or applications in mobile equipment standards for these types of sensors. However, the Technical Standards Committee will monitor developments and consider inclusion in future editions of the standard.

Recommendation 2.1 of the Jury and Recommendation 10 of the Presiding Coroner – the CSA indicates that head protectors are outside the scope of their standard and hard hats are not designed to prevent injury from falls. The current standard is being revised to address chin straps and guidelines will stress the importance of selecting hard hats with chin straps for working at heights.

Deuxième enquête – Richard Johnston (suite)

La CSSIAT a indiqué que ses modalités d'enquête (recommandation 4 du jury) au sujet de ces questions étaient en vigueur au moment de l'enquête qui a fait suite à cet accident.

Réponse des constructeurs : un constructeur a indiqué que son entreprise ne produisait plus de matériel élévateur. Nous n'avons reçu ni réponse ni accusé de réception de la part des autres constructeurs.

Réponse de l'Association canadienne de normalisation (ACN) : la ACN a recommandé que le gouvernement provincial réglemente par renvoi spécifique à sa norme révisée (norme B354.4 de 2002). Cette norme fixe des exigences plus strictes en ce qui concerne la formation, le matériel, les méthodes et l'équipement de protection individuelle.

En ce qui concerne la recommandation 2.1 du jury et les recommandations 1 et 2 du coroner, la CSA a indiqué que les normes sur le matériel mobile ne contiennent aucune exigence ni utilisation qui concerne des capteurs de ce genre. Toutefois, le Comité des normes techniques surveillera la situation et pourra envisager d'en inclure dans les prochaines versions de la norme.

Au sujet de la recommandation 3.1 du jury et de la recommandation 10 du coroner, la CSA a signalé que les casques de sécurité sortent du cadre de sa norme et qu'ils ne sont pas conçus pour protéger contre les blessures en cas de chute. La norme actuelle fait l'objet d'une révision dans le but de régler la question des jugulaires, et les lignes directrices mettront l'accent sur l'importance de porter un casque de sécurité muni d'une jugulaire quand on travaille en hauteur.

Inquest No. 3 – Pierre Legresley

An inquest was held into the death of a 46 year old male who died in hospital on April 10, 2001, following an apparent seizure, following years of mental health and medical problems. He had been released from hospital in Miramichi prior to being taken into police custody, and suffered an apparent seizure while in the custody of the RCMP Campbellton. Legresley had lived in a number of locations in New Brunswick and in the period immediately preceding his death had lived at the Emergency Shelter in Fredericton. The inquest was held August 13-16, 2002 in Campbellton.

The jury concluded that the cause of death was an epileptic seizure and the manner of death was natural. At the conclusion of the inquest, the jury made five recommendations.

1. That closed circuit TV {be used} in the jail cell
2. That a central data{base} system {be established} between hospitals.
3. That a central prescription registry {be established} for New Brunswick
4. Defibrillator {be} provided in jail
5. Every citizen should have the right to receive services in the language of his or her choice

The recommendations were forwarded to the RCMP, the Department of Public Safety, the Department of Health and Wellness and the Minister responsible for Official Languages for their consideration.

Troisième enquête – Pierre Legresley

Une enquête a été réalisée au sujet du décès d'un homme âgé de 46 ans qui s'est produit dans un hôpital le 10 avril 2001 à la suite d'une crise d'épilepsie apparente survenue après des années de troubles mentaux et d'ennuis de santé. Il avait obtenu son congé de l'hôpital de Miramichi avant d'être mis en détention par la police. Il a apparemment subi une crise épileptique pendant qu'il était sous la garde de la GRC à Campbellton. M. Legresley a vécu à plusieurs endroits au Nouveau-Brunswick, et il était hébergé au refuge de Fredericton au cours de la période qui a immédiatement précédé son décès. L'enquête a eu lieu du 13 au 16 août 2002 à Campbellton.

Le jury a déterminé que la victime est décédée de causes naturelles des suites d'une crise d'épilepsie. À l'issue de l'enquête, le jury a formulé cinq recommandations.

1. Qu'une caméra de télévision en circuit fermé soit installée dans la cellule de détention.
2. Qu'un système de base de données centrale relie tous les hôpitaux.
3. Qu'un registre central des ordonnances soit établi au Nouveau-Brunswick.
4. Qu'un défibrillateur soit accessible dans les cellules de détention.
5. Que le droit de tout citoyen de recevoir des services dans la langue de son choix soit respecté.

Ces recommandations ont été présentées à la GRC, au ministère de la Sécurité publique, au ministère de la Santé et du Mieux-Être et au ministre responsable des langues officielles pour qu'ils les examinent.

Inquest No. 3 – Pierre Legresley

The RCMP J Division response:

Regarding recommendations # 1 and 4, the RCMP has indicated that video monitors and quasi-medical defibrillators may not be feasible in all locations due to privacy concerns, equipment requirements and training needs. They state that their jail guards are adequately trained to detect and refer most medical conditions but have noted the recommendations for consideration.

Department of Public Safety response:

The recommendations were forwarded to all police forces in New Brunswick since the policing standards require police forces to develop policies on the care and handling of detainees. All Chiefs of Police adopted a policy on this issue in June of 2002, and although it is detailed relating to medical issues, there is currently no requirement for defibrillators. The recommendations were also reviewed as they pertain to correctional facilities and staff is now assessing the feasibility of establishing a limited number of observation cells in each facility with the use of closed circuit TV. Defibrillators are being purchased for each correctional facility and staff trained in their use.

Department of Health and Wellness response:

A provincial prescription drug monitoring system is a high priority of the Department of Health and Wellness, in the context of developing a one patient / one record electronic system. The Department is

Troisième enquête – Pierre Legresley (suite)

Réponse de la division J de la GRC :

En ce qui concerne les recommandations 1 et 4, la GRC a signalé qu'il pourrait être irréaliste d'exiger des écrans de contrôle et des défibrillateurs partout en raison de possibles atteintes au droit à la vie privée, du matériel nécessaire et des besoins de formation. La GRC affirme que ses gardiens de prison ont reçu une formation qui leur permet de dépister la plupart des troubles médicaux et de diriger la victime vers les services appropriés, mais elle prend note de la recommandation et l'étudiera.

Réponse du ministère de la Sécurité publique :

Les recommandations ont été transmises à tous les services de police du Nouveau-Brunswick, étant donné que les Normes de police exigent d'eux qu'ils élaborent des directives sur le soin et le traitement des détenus. Tous les chefs de police ont adopté une politique à ce sujet en juin 2002, mais même si elle est très précise sur le plan médical, elle n'exige pas encore la présence de défibrillateurs. Les recommandations ont également été passées en revue du point de vue des établissements de correction, dont les membres du personnel évaluent actuellement la possibilité d'aménager un nombre restreint de cellules d'observation munies de caméra de télévision en circuit fermé dans chaque établissement. Des défibrillateurs ont été acquis par chaque établissement correctionnel et les employés ont reçu la formation nécessaire à leur utilisation.

Réponse du ministère de la Santé et du Mieux-Être :

L'élaboration d'un programme provincial de surveillance des médicaments sur ordonnance est hautement prioritaire pour le ministère de la Santé et du Mieux-Être, dans le cadre de la mise en œuvre

Inquest No. 3 – Pierre Legresley continued

currently working with partners to develop cost-effective alternatives for government's consideration. The Atlantic provinces have joined together to investigate a joint approach to a Pharmacy Information System, through the Health Infostructure Atlantic initiative. We anticipate being in a position to finalize funding arrangements for this important initiative within the near future.

Inquest No. 4 – George Michaud

An inquest was held into the death of a 60 year-old male who died on November 15, 2001 as a result of injuries sustained in an accident involving a fire truck in Edmundston. . The inquest was held September 30, October 1 and 2, 2002 in Edmundston. The cause of death was multiple external and internal chest injuries due to a motor vehicle accident and the manner of death was accidental. The Jury made five recommendations and the Presiding Coroner made three recommendations.

Recommendations of the Jury

1. That section 110 of the *Motor Vehicle Act* be respected, especially in emergency situations.

2. That at intersections, the passenger firefighter should be as attentive to traffic as the firefighter {who is} driving to avoid any danger.

3. Every firefighter should have an operations manual and should take a written exam or test annually.

Troisième enquête – Pierre Legresley (suite)

d'un système électronique de dossiers de patient uniques. Le ministère collabore actuellement avec des partenaires dans le but d'élaborer des solutions rentables qu'il présentera au gouvernement. Les provinces de l'Atlantique ont uni leurs efforts dans le but d'examiner une démarche commune visant à concevoir un système d'information pharmaceutique, dans le cadre de l'initiative Infostructure de la santé de l'Atlantique. Nous prévoyons que nous serons très bientôt en mesure de mettre la touche finale au mécanisme de financement de cette importante initiative.

Quatrième enquête – George Michaud

Une enquête a été réalisée au sujet du décès d'un homme âgé de 60 ans qui est survenu le 15 novembre 2001 à la suite de blessures subies lors d'un accident mettant en cause un camion à incendie à Edmundston. L'enquête a eu lieu le 30 septembre et les 1er et 2 octobre 2002 à Edmundston. La cause medical est multiple blesseures externe et interne à la pointrine due à un accident impliquant un véhicule à moteur. Le jury a formulé cinq recommandations, et le coroner, trois autres.

Recommandations du jury

1. Respecter la loi sur les véhicules à moteur. Loi 110, surtout en mode d'urgence.

2. Aux intersection, le pompier passager devrait être aussi attentif au traffic que le pompier conducteur pour éviter aucun danger.

3. Chaque pompier devrait posséder un manuel d'opération. Chaque pompier, devrait passer un test ou un examen écrit annuellement.

Inquest No. 4 – George Michaud continued

4. The fire department should be responsible for verifying the pre-emption system at traffic lights, i.e.

   a) check once a day;
   b) document on paper with date and name of person (log book);
   c) send a copy to the Fire Chief and to the Department of Public Works of the city of Edmundston;
   d) inform the Electrical Department if there is a problem.

5. Emergency driver training should be improved so that it is better adapted to the real conditions for each firefighter driver.

Recommendations of the Coroner

1. That each community with an activation system for traffic lights see to the development of standards, which would address, among other things:

   (a) periodic checks (to be recorded in a log book)

   (b) every driver of an emergency vehicle with this device should receive training that would include: i) familiarization with the operating procedure and ii) cautionary standards required.

   (c) reporting of mechanical breakdown and/or malfunction to the levels of authority concerned.

Quatrième enquête – George Michaud (suite)

4. Le département de pompier devrait être responsable de vérification de système de préemption aux feux de circulation, c'est-à-dire :

   a) vérifier des fois par jour,
   b documenter sur papier avec la date et le nom de la personne (livre de bord),
   c) copie transmit au Chef de pompier et au Ministére des travaux publics de la ville d'Edmundston,
   d) aviser le département électrique s'il y a un problème.

5. Une formation de conduite en mode d'urgence soit plus approfondie pour être mieux adaptée à des conditions réelles pour chaque conducteurs pompiers.

Recommandations du Coroner

1. Que chaque communauté munie d'un système d'activation pour feux de circulation voit à la formulation de normes lesquelles abonderont entre autre :

   (a) la vérification périodique (laquelle sera inscrite dans un livre de registre).

   (b) la formation devant être dispensée à tout conducteur dont le véhicule de secours est muni d'un tel dispositif ; laquelle formation inclura : i) la familiarisation au mode de fonctionnement et ii) les normes de prudence qui s'imposent.

   (c) le signalement de panne et/ou défectuosité mécanique aux palliés d'autorité concernés.

Inquest No. 4 – George Michaud continued

2. That the Province of New Brunswick develop and implement minimum provincial standards for its fire departments, which would address, among other things:

   (a) prerequisites and qualifications for hiring a firefighter;

   (b) training given to each firefighter, including an accredited training component devoted to driving emergency vehicles.

3. That drivers authorized to drive an emergency vehicle in the province of New Brunswick be familiar with, understand, and apply the provisions of the *Motor Vehicle Act* regarding emergency vehicles.

Recommendations were sent to the Departments of Public Safety, Environment and Local Government and the mayors of the cities of Edmundston, Fredericton, Saint John, Moncton, Miramichi and Bathurst. The recommendations cover issues of information on the Motor Vehicle Act, standards, procedures and training for firefighters and responsibility for maintenance of equipment by municipalities.

Department of Public Safety response:

The Fire Marshall made the recommendations available to the fire service immediately after the inquest and to other Maritime provinces. In addition, the Fire Marshall issued a bulletin to Fire

Quatrième enquête – George Michaud (suite)

2. Que la Province du N.-B. élabore et implante des normes provinciales minimales pour ses services d'incendie, lesquelles abonderont entre autre :

   (a) les pré-requis et compétences d'embauche du pompier.

   (b) la formation dispensée à chaque pompier, incluant une composante de formation accréditée dédiée à la conduite d'un véhicule de secours en mode d'urgence.

3. Que les conducteurs autorisés à conduire un véhicule de secours dans la Province du N.-B. soient initiés et qu'ils comprennent et mettent en application les dispositions de la Loi sur les véhicules de secours.

Ces recommandations ont été présentées au ministère de la Sécurité publique, au ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux et aux maires des municipalités d'Edmundston, Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Miramichi et Bathurst. Les recommandations traitent d'enjeux reliés à l'information au sujet de la *Loi sur les véhicules à moteur*, des normes, des modalités et de la formation des pompiers ainsi que de la responsabilité de l'entretien du matériel par les municipalités.

Réponse du ministère de la Sécurité publique :

Le prévôt des incendies a transmis les recommandations au service d'incendie immédiatement après l'enquête, puis il les a communiquées aux autorités responsables des

Inquest No. 4 – George Michaud continued

Chiefs regarding their responsibilities under the Motor Vehicle Act. The Fire Services Training Standards Advisory Committee (FSTAC) is reviewing the recommendations together with the National Fire Protection Association standards for fire apparatus driver training.

Environment and Local Government response:

Environment and Local Government has responsibility for fire departments in the 68 local service districts in the unincorporated areas of New Brunswick. While these services are offered entirely by volunteers, the Fire Marshall sets the standard, in collaboration with the Advisory Committee. The FSTAC has struck a sub-committee to review the standard for fire service operations, including driving an emergency vehicle. The FSTAC has recommended driver training courses including the Emergency Vehicle Driver Training Program through the NB Safety Council and the Volunteer Fire Insurance Services Driver Training courses. In the interim, the Fire Marshall has recommended that the portion of the standard dealing with driving emergency vehicles be included in the Standard Operating Procedures of all fire departments.

Quatrième enquête – George Michaud (suite)

autres provinces Maritimes. En outre, le prévôt des incendies a fait paraître un bulletin à l'intention des chefs des services d'incendie pour leur rappeler les responsabilités qui leur incombent en vertu de la *Loi sur les véhicules à moteur*. Le comité consultatif qui étudie les normes de formation des services d'incendie a examiné les recommandations à la lumière des normes de la National Fire Protection Association en matière de formation des opérateurs d'engins de lutte contre l'incendie.

Réponse du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux :

Le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux est responsable des services d'incendie dans les 68 districts de services locaux non constitués en municipalité du Nouveau-Brunswick. Ces services sont entièrement assurés par des volontaires, mais c'est le prévôt des incendies qui fixe les normes, en collaboration avec le comité consultatif. Le comité consultatif a mis sur pied un sous-comité qu'il a chargé d'examiner les normes applicables aux services d'incendie, y compris à la conduite des véhicules de secours. Le comité consultatif a recommandé que des cours de formation des conducteurs ainsi que le Programme de formation des conducteurs de véhicules de secours soient offerts par l'entremise du Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick et dans le cadre des cours de conduite des pompiers volontaires. Dans l'intervalle, le prévôt des incendies a recommandé que la partie de la norme qui traite de la conduite des véhicules de secours soit incluse dans les procédures d'opérations normalisées de tous les services d'incendie.

Inquest No. 4 – George Michaud continued

Cities response:

Respondents noted their procedures include informing recruits of their obligations under the Motor Vehicle Act and noted their on-going collaboration with the Fire Marshall to implement fire apparatus driver training. Committees are reviewing the recommendations as a guide to improving policies and procedures on emergency vehicle operation. Those cities with signal systems are ensuring regular testing, maintenance and reporting procedures for malfunctioning systems.

Inquest No. 5 – Sussex Bus Accident

An inquest was held into the deaths of four students from Newton, Massachusetts who died as a result of a bus accident in Sussex on April 27, 2001. The inquest was held October 7-11, 2002 in Sussex. The jury concluded that the cause of death was multiple injuries due to motor vehicle accident and the manner of death was accidental. The Jury made 6 recommendations.

Recommendations of the Jury

1. Device on motor coaches {be installed} that alerts drivers when doors and windows tampered with or opened.

2. Seat-belts {be} installed and enforced on motor coaches.

3. Rumble strips and flashing amber lights {be used }where speed reduction is considerable.

Quatrième enquête – George Michaud (suite)

Réponses des municipalités :

Les municipalités ont signalé qu'elles ont comme principe d'expliquer aux recrues les responsabilités qui leur incombe en vertu de la *Loi sur les véhicules à moteur,* et elles ont indiqué qu'elles collaborent en permanence avec le prévôt des incendies dans le but d'offrir de la formation aux opérateurs d'engins de lutte contre l'incendie. Des comités ont examiné les recommandations pour vérifier s'il était possible d'améliorer les directives et les modalités applicables à la conduite des véhicules de secours. Les municipalités qui disposent de systèmes d'activation ont font régulièrement l'essai et l'entretien, et elles ont adopté des méthodes de signalement des défectuosités.

Cinquième enquête – Accident d'autobus de Sussex

On a procédé à une enquête concernant les décès de quatre élèves de Newton, au Massachusetts, qui sont morts à la suite d'un accident d'autobus survenu le 27 avril 2001 à Sussex. L'enquête du coroner a eu lieu du 7 au 11 octobre 2002 à Sussex. Le jury a déterminé que les victimes sont décédées de causes accidentelles des suites de blessures multiples subies dans un accident de la route. Le jury a formulé six recommandations.

Recommandations du jury

1. Installer des dispositifs dans les autocars pour aviser le conducteur lorsque les fenêtres sont altérées ou ouvertes.

2. Installation et port obligatoire de ceintures de sécurité dans les autocars.

3. Installation de ralentisseurs sonores et de feux jaunes clignotants aux endroits où la vitesse doit être réduite de façon considérable.

Inquest No. 5 – Sussex Bus Accident continued

4. (a) Rest periods {be used} for bus drivers in berth areas or off-vehicle sleeping accommodations.

   (b) Public awareness campaign {be undertaken} to educate drivers on dangers of driving tired.

5. Safety checks on windows and doors {be} carried out at all rest stops and marked in drivers' log books.

6. (a) Rules and safety procedures {be} reviewed in advance with those in charge of trip.

   (b) Drivers should review rules and safety procedures with passengers prior to departure.

Recommendations were forwarded to the Departments of Public Safety, Transportation, Transport Canada, the Canadian Council of Motor Transport Administrators (CCMTA), the Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA), bus and motor coach associations, manufacturers and the major commercial carriers.

Public Safety response:

Recommendations # 4,5 and 6 dealing with driver rest periods and safety checks falls under the scope of the National Safety Code which is adopted and enforced under the Motor Vehicle Act by the Department of Public Safety. The National Safety Code is developed by the CCMTA who have recently initiated a review of the current trip inspection standards. In addition, the Department is currently reviewing policies affecting the enforcement of National Safety Code requirements for buses.

Cinquième enquête – Accident d'autobus de Sussex (suite)

4. a) Prévision de périodes de repos pour les conducteurs d'autobus dans une unité de couchage ou un site d'hébergement.

   b) Campagne de sensibilisation publique pour informer les conducteurs des dangers de la conduite en état de fatigue.

5. Vérification des fenêtres et des portes à tous les arrêts et prise de notes connexes dans les carnets de route.

6. a) Examen des règles et des consignes de sécurité à l'avance avec les personnes responsables du voyage.

   b) Présentation par le conducteur des règles et des consignes de sécurité aux passagers avant le départ.

Les recommandations ont été communiquées au ministère de la Sécurité publique, au ministère des Transports, à Transports Canada, au Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM), à la Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA), aux associations d'exploitants d'entreprises d'autobus et d'autocars, aux constructeurs et aux principaux transporteurs commerciaux.

Réponse du ministère de la Sécurité publique :

Les recommandations 4, 5 et 6 qui portent sur les périodes de repos des conducteurs et les vérifications de sécurité relèvent du *Code national de sécurité* qui a été adopté et est appliqué sous le régime de la *Loi sur les véhicules à moteur* par le ministère de la Sécurité publique. Le *Code national de sécurité* a été élaboré par le CCATM qui a récemment entrepris de réexaminer les normes actuelles sur les vérifications avant le départ. En outre, le ministère passe actuellement en revue ses directives qui ont pour but de faire respecter les exigences du *Code national de sécurité* portant sur les autobus.

Inquest No. 5 – Sussex Bus Accident continued

Transportation (DOT) response:

Regarding recommendation # 3 – DOT follows the signing standards developed by the Transportation Association of Canada and selectively and prudently installs warning signs, including rumble strips and flashing lights where extra caution requires reduction in vehicle speed. However, overuse of warning signs may promote disrespect for traffic control devices and use of such signs should be kept to a minimum.

Canadian Council of Motor Transport Administrators (CCMTA) response:

CCMTA is a non-profit organization comprising representatives of the provincial, territorial and federal governments of Canada who collaborate on licensing, registration and control of motor vehicle transportation and highway safety. Decisions on administration and operational matters are taken following consultation and the issue of driver rest is under review at this time. Public awareness campaigns are undertaken by each of the Canadian jurisdictions as well as industry associations.

Transport Canada response:

A review of the use of seat belts and exit requirements on buses in currently underway, including testing. Following the conclusion of this review, decisions will be made regarding possible safety improvements that may be made to motor coaches in Canada.

Cinquième enquête – Accident d'autobus de Sussex (suite)

Réponse du ministère des Transports :

En ce qui concerne la recommandation 3, le ministère des Transports applique les normes sur la signalisation qui ont été élaborées par l'Association des transports du Canada et il installe avec soin et prudence des panneaux d'avertissement, des ralentisseurs sonores et des clignotants aux endroits où la vitesse des véhicules doit être réduite par mesure de sécurité. Toutefois, la surutilisation des panneaux d'avertissement peut inciter les conducteurs à ignorer les dispositifs de signalisation. Il faut donc réduire au minimum l'utilisation de tels panneaux.

Réponse du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) :

Le CCATM est un organisme à but non lucratif qui se compose de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada. Ceux-ci collaborent dans les domaines de la délivrance des permis, de l'immatriculation et de la surveillance du transport automobile ainsi que de la sécurité routière. Les décisions au sujet des enjeux administratifs et opérationnels sont prises après consultation, et la question des périodes de repos des conducteurs fait actuellement l'objet d'un examen. Chacune des administrations canadiennes ainsi que les associations de l'industrie mettent sur pied des campagnes de sensibilisation du public.

Réponse de Transports Canada :

Un examen de l'utilisation des ceintures de sécurité et des sorties de secours a été entrepris. Il comprendra aussi des mises à l'essai. À la suite de cet examen, des décisions seront prises au sujet des améliorations qui pourraient être apportées à la sécurité des autocars au Canada.

Inquest No. 5 – Sussex Bus Accident continued

U.S. Department of Transportation response:

The National Highway Safety Administration (NHTSA) and Transport Canada are undertaking a joint research program to address improvements in passenger crash protection. Following this, NHTSA plans to upgrade the regulations and the recommendations # 1 and 2 will be reviewed during this process.

Recommendation # 3 – Rumble strips are not generally intended as speed control devices and evidence suggests that the benefit is reduced as the novelty wears off. However, rumble strips used in conjunction with fixed and dynamic signage can be expected to reduce speed on intersection approaches and increase driver compliance.

Recommendation # 4 – Sleeper berths are authorized provided they are constructed in accordance with standards. However, most operators use replacement drivers at relay points for non-stop trips in excess of 500 miles. The hours of service regulations allow 10 hours of driving within a 15-hour on-duty period after 8 hours of off-duty time. Significant public education efforts have been undertaken including the distribution of a video to the motorcoach industry and a brochure distributed to over 7 million commercial drivers.

Cinquième enquête – Accident d'autobus de Sussex (suite)

Réponse du Department of Transportation des États-Unis :

La National Highway Safety Administration (NHTSA) et Transports Canada ont entrepris un programme commun de recherche dans le but de trouver des façons d'améliorer la sécurité des passagers en cas de collision. La NHTSA entend remanier ses règlements à la fin de ce projet, et c'est à ce moment-là que seront examinées les recommandations 1 et 2.

Pour ce qui est de la recommandation 3, les ralentisseurs sonores ne sont pas conçus pour servir de mécanismes de limitation de la vitesse, et les données montrent que leur utilité décroît après un certain temps. Toutefois, on pense que les avertisseurs sonores utilisés en compagnie de panneaux de signalisation fixes et dynamiques peuvent provoquer une diminution de la vitesse des véhicules aux abords des intersections et attirer l'attention des conducteurs.

En ce qui a trait à la recommandation 4, les couchettes sont autorisées, dans la mesure où elles sont conformes aux normes. Toutefois, la plupart des exploitants changent de conducteur aux escales quand le trajet dépasse 500 milles. Les règlements sur les heures de travail permettent de conduire dix heures au cours d'une période de service de 15 heures après huit heures de repos. De grands efforts ont été entrepris en vue d'éduquer le public, notamment au moyen d'une vidéo distribuée aux intervenants de l'industrie du transport par autocar et d'une brochure envoyée à plus de sept millions de conducteurs de véhicules utilitaires.

Inquest No. 5 – Sussex Bus Accident continued

Recommendation # 5 – FMCSA believes the current requirement for inspection of emergency exits every 90 days is sufficient and that such frequent inspections could damage the exits.

Recommendation # 6 – FMCSA regulations require that every driver be instructed about all applicable regulations. It is common practice for safety-conscious motorcoach companies to review safety procedures, trip schedules and customer safety issues with the driver prior to departure, and in some instances distribute brochures or show videos to passengers. In response to a recommendation by the National Transportation Safety Board, FMCSA is working with industry associations to develop industry standards for a safety briefing to passengers prior to departure.

Motor Coach Association of Canada (MCC) response:

Recommendation # 1 – These devices are currently required for school buses and the MCC supports requiring such a device as original equipment on new coaches.

Recommendation # 2 – MCC supports changes in motor coach design and occupant restraint systems that are scientifically proven to increase passenger safety. Citing earlier studies done by Transport Canada, MCC is opposed to retrofitting existing coaches with seat belts. Provided Transport Canada's current evaluations demonstrate increased passenger safety, MCC indicates support for seat belts in newly manufactured coaches for exposed seating positions only.

Cinquième enquête – Accident d'autobus de Sussex (suite)

En ce qui concerne la recommandation 5, la FMCSA juge que l'obligation d'inspecter les sorties de secours tous les 90 jours suffit et que des inspections plus fréquentes risqueraient de les endommager.

Pour ce qui est de la recommandation 6, les règlements de la FMCSA exigent qu'on enseigne à chacun des conducteurs tous les règlements applicables. Les exploitants d'autocars qui se préoccupent de la sécurité passent fréquemment en revue les consignes de sécurité, les itinéraires et les mesures de sécurité pour les passagers avec le conducteur avant le départ. Certains vont même jusqu'à distribuer des brochures ou à présenter des vidéos aux passagers. En réponse à une recommandation du National Transportation Safety Board, la FMCSA collabore avec les associations de l'industrie dans le but d'élaborer des normes sur les consignes de sécurité aux passagers avant le départ.

Réponse de Motor Coach Canada (MCC) :

Les dispositifs décrits dans la recommandation 1 sont déjà obligatoires dans les autobus scolaires, et MCC prône leur intégration à l'équipement d'origine de tous les autocars neufs.

En ce qui concerne la recommandation 2, MCC souscrit à l'idée de modifier la conception des autocars et d'installer des dispositifs scientifiquement éprouvés de retenue des occupants qui accroissent la protection des passagers. S'appuyant sur des études réalisées précédemment par Transports Canada, MCC s'oppose au projet d'installer des ceintures de sécurité dans les autocars en circulation. Toutefois, MCC s'est prononcé en faveur de l'installation de ceintures de sécurité, mais seulement dans les sièges vulnérables des autocars neufs, si les évaluations qu'effectue actuellement Transports Canada prouvent qu'elles accroissent la sécurité des passagers.

Inquest No. 5 – Sussex Bus Accident continued

Recommendation # 3 – MCC expresses concerns about frequent use of rumble strips leading to decreased effectiveness and notes that professional driver must give due regard for road and weather conditions and not rely on special warning lights and rumble strips to gauge correct speed and braking points.

Recommendation # 4 (a) – MCC does not support the recommendation for additional rest periods and very few motor coaches are equipped with sleeper berths. Canada's Hours of Service regulations are currently being changed to increase the daily off-duty time by 25% (from 8 hours to 10 hours) and reduce the maximum daily driving time (from 16 to 13 hours) and these changes were published in the Canada Gazette on February 15, 2003.

Recommendation # 4(b) – MCC does not support the recommendation for increased public education, since there is already an adequate level of educational programs and materials and increased public spending in this area will not make a difference.

Recommendation # 5 – MCC notes existing regulations require drivers to ensure all doors and windows on a public vehicle are secured prior to travel and remain securely closed throughout the trip. This inspection criteria is included in the daily 'pre-trip' inspection standards.

Cinquième enquête – Accident d'autobus de Sussex (suite)

Pour ce qui est de la recommandation 3, MCC s'inquiète de l'utilisation répandue qui est faite des ralentisseurs sonores et qui en réduit l'efficacité. MCC estime que les conducteurs de métier doivent tenir compte des conditions routières et météorologiques et ne pas s'en remettre à des clignotants et à des ralentisseurs spéciaux pour évaluer correctement la vitesse et la distance de freinage.

Enfin, en ce qui concerne la recommandation 4a), MCC n'est pas en faveur de périodes additionnelles de repos et fait remarquer que très peu d'autocars sont pourvus d'une couchette. Les règlements canadiens sur les heures de service sont en voie d'être modifiés de façon à accroître la durée de la période de repos quotidienne de 25 p. 100 (de huit heures à dix heures) et à réduire les heures de conduite (de 16 heures à 13 heures). Ces changements ont été publiés dans la Gazette du Canada le 15 février 2003.

MCC n'endosse pas la recommandation 4b) qui vise à sensibiliser davantage le public, car il existe suffisamment de programmes et de documents pédagogiques et une augmentation des dépenses publiques dans ce secteur ne fera aucune différence.

En ce qui concerne la recommandation 5, MCC signale que la réglementation actuelle exige que les conducteurs s'assurent que les portes et fenêtres des véhicules publics sont fermées avant le départ et le demeurent pendant le trajet. Ce critère d'inspection est inclus dans les normes d'inspection routinière avant le départ.

Inquest No. 5 – Sussex Bus Accident continued

Recommendation # 6 – MCC supports the recommendation for review of rules and safety procedures with the driver and passengers. However, they note that it is only relevant for a charter trip and most charter operators do this as a matter of company policy.

Bus Manufacturers response : Prevost Car Inc., a highway coach manufacturer, emphasized their cooperation with federal authorities in Canada and the U.S. on relevant regulatory matters, including driver rest periods, hours of service, seat belts, public education etc. They note that their coaches are already equipped with a driver alert for windows which are not properly closed. They support recommendation # 6(b) that drivers review safety rules with passengers.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson

An inquest was held into the death of a six year old child who died at the Saint John Regional Hospital on February 12, 2001. The initial coroner's investigation concluded that the cause of death was due to propofol toxicity and the death was classified as Natural Causes (Therapeutic Misadventure). In July 2002, the Chief Coroner made a decision not to conduct an inquest since the Hospital Corporation had provided a list of proposed changes and had begun the implementation process. However, following a period of discussion and review with the family, an inquest was ordered and held on November 4- 8 and November 12- 13, 2002 in Saint John. The jury concluded that the cause of death was influenza viral pneumonia combined with Acute Respiratory Distress Syndrome and probable hemophagocytic syndrome, not propofol toxicity. The jury found that the death was due to natural causes.

Cinquième enquête – Accident d'autobus de Sussex (suite)

MCC endosse la recommandation 6 en ce qui concerne la présentation des règles et consignes de sécurité par le conducteur aux passagers. Cependant, cette exigence n'est pertinente que lors des voyages nolisés, et la plupart des exploitants qui offrent ce service ont comme principe de s'y conformer.

Réponse des constructeurs d'autobus : Prevost Car Inc., un constructeur d'autocars, souligne sa coopération avec les autorités fédérales du Canada et des États-Unis en ce qui concerne les questions réglementaires, y compris les périodes de repos des conducteurs, les heures de travail, les ceintures de sécurité, l'éducation du public, etc. L'entreprise a aussi fait remarquer que ses autocars sont déjà munis d'un dispositif qui avertit le conducteur quand une fenêtre n'est pas bien fermée. Prevost est d'accord avec la recommandation 6b) en ce qui a trait à la présentation par le conducteur des consignes de sécurité aux passagers avant le départ.

Sixième enquête – Ashley Atkinson

Une enquête a été réalisée au sujet du décès d'une enfant âgée de six ans qui est survenu à l'Hôpital régional de Saint-Jean le 12 février 2001. À la suite de son investigation, le coroner a conclu que la victime est décédée de causes naturelles (erreur médicale) en raison de la toxicité du propofol. En juin 2002, la coroner en chef a pris la décision de ne pas tenir d'enquête, étant donné que la corporation hospitalière avait fourni une liste de changements proposés et avait commencé à mettre ceux-ci en œuvre. Toutefois, à la suite de discussions et d'un examen avec la famille, une enquête a été ordonnée. Celle-ci a eu lieu du 4 au 8 ainsi que les 12 et 13 novembre à Saint-Jean. Le jury a déterminé que le décès a été causé par une pneumonie virale imputable à la grippe combinée au syndrome de détresse respiratoire et probablement au syndrome hémophagocytique, et non pas par la toxicité du propofol. Le jury a déterminé que le décès était imputable à des causes naturelles.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

Recommendations of the Jury

1. Adopt the Atlantic Health Sciences Corporation recommendations to the Coroner's Jury dated November 12th, 2002 and referred to as Exhibit Z.1 as follows:
   Adopt 1, 2, 3, 4, 5 and 7, with the amendment to the wording in the recommendations to include "all health care institutions in New Brunswick".

1.1 All health care institutions in New Brunswick must ensure that all Health Canada warnings are given the broadest dissemination within their institutions to the relevant staff, as well as being referred to the appropriate hospital committees, consistent with the procedure adopted by Atlantic Health Sciences Corporation.

1.2 All health care institutions in New Brunswick ensure that all members of their Pharmacy Department be immediately made aware upon receipt of warnings and directed to ensure compliance with the directive.

1.3 All hospitals/health care institutions in New Brunswick have in place a Pharmacy Information System to provide immediate alerts when pharmaceuticals are ordered, for which there has been a precaution, warning or contraindication issued by Health Canada.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

Recommandations du jury

1. Adopter de la manière qui suit les recommandations de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique présentées au jury du coroner, lesquelles sont datées du 12 novembre 2002 et désignées comme étant la pièce Z.1 : 1, 2, 3, 4, 5 et 7 en modifiant la formulation des recommandations pour y inclure « tous les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick ».

1.1 Que tous les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick veillent à ce que toutes les mises en garde de Santé Canada fassent l'objet d'une grande diffusion auprès du personnel concerné et à ce qu'elles soient soumises aux comités hospitaliers appropriés, conformément à la procédure adoptée par la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique.

1.2 Que tous les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick veillent à ce que le personnel de leur Service de pharmacie soit immédiatement mis au courant des mises en garde dès leur réception et à ce qu'il soit enjoint de les respecter.

1.3 Que tous les hôpitaux et établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick aient en place un système informatisé de gestion de la pharmacie, lequel fournit des alertes immédiates dans le cas de la commande de médicaments au sujet desquels Santé Canada a fait part de précautions à prendre, d'une mise en garde ou d'une contre-indication.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

1.4 Propofol is not to be ordered/used as a sedative agent for any period longer than 8 hours for children under the age of 18 years in all health care institutions in New Brunswick, until further Health Canada reviews are completed.

1.5 (a) Usage of pharmaceuticals for medical purposes other than as originally approved by Health Canada is internationally recognized as necessary to a good medical/clinical practice. It is recommended that all health care institutions in New Brunswick develop and maintain policies that recognize this practice.

(b) Health Canada must formally acknowledge and recognize off-label usage of regulated pharmaceuticals and must formally monitor that usage notwithstanding the fact that the approval for the usage has never been obtained from Health Canada.

1.6 (a) The results of all clinical trials conducted by pharmaceutical manufacturers must be reported to Health Canada immediately.

(b) All serious adverse reactions to any approved pharmaceutical used for any medical purpose that becomes known to the manufacturer must be reported to Health Canada immediately.

2. When a pediatric intensivist is available, that all Pediatric Intensive Care Units (PICU's) in New Brunswick Health Care institutions be operated as closed units.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

1.4 Que le Propofol ne soit pas commandé ou utilisé à titre de sédatif pendant plus de huit heures dans le cas des enfants de moins de 18 ans dans tous les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick et ce, jusqu'à ce que d'autres études soient réalisées par Santé Canada.

1.5 a) Que l'utilisation de médicaments à des fins médicales autres que celles approuvées initialement par Santé Canada soit reconnue sur le plan international comme nécessaire à une bonne pratique médicale ou clinique. Que tous les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick élaborent et maintiennent des politiques qui reconnaissent cette pratique.

b) Même s'il n'a jamais approuvé l'utilisation non indiquée sur l'étiquette de médicaments réglementés, que Santé Canada reconnaisse et surveille formellement cette utilisation.

1.6 a) Que lorsqu'un fabricant de médicaments obtient les résultats d'essais cliniques, il les signale immédiatement à Santé Canada.

b) Que lorsqu'un fabricant de médicaments prend connaissance de réactions indésirables graves à un médicament approuvé utilisé à des fins médicales, il les signale immédiatement à Santé Canada.

2. Lorsqu'un intensiviste pédiatrique est disponible, que toutes les unités de soins pédiatriques intensifs dans les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick soient exploitées comme des unités fermées.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

3. (a) All serious adverse reactions to any approved pharmaceutical used for any medical purpose that becomes known to the physician and/or health care institution must be reported to the manufacturer and to Health Canada immediately.

   (b) To enable this to become part of the "best practices" of health care professionals, information and training on adverse reaction reporting needs to be included in the curriculum of health care professionals in Canada.

4. All reports received by Health Canada from pharmaceutical manufacturers and/or from physicians, with respect to clinical trials and/or serious adverse reactions to any approved pharmaceutical used for any medical purposes, must be disseminated to health care professionals and institutions immediately.

5. Health Canada implement guidelines and measures for pharmaceutical manufacturers to respond within reasonable time limits to required changes in pharmaceutical inserts.

6. All health care institutions in New Brunswick implement the following policy:
   Medication and therapy orders be co-signed by both the physician transferring the patient and the physician receiving the patient into their care.

7. The New Brunswick Coroner's Office review their criteria for the calling of inquests to determine whether inquests are being called in an effective and timely fashion.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

3. a) Que lorsqu'un médecin ou un établissement de soins de santé prend connaissance de réactions indésirables graves à un médicament approuvé utilisé à des fins médicales, il les signale immédiatement au fabriquant en cause et à Santé Canada.

   b) Pour que ce point fasse partie des « meilleures habitudes » des professionnels de la santé, que des renseignements et de la formation sur la déclaration de réactions indésirables soient inclus dans le programme des professionnels de la santé au Canada.

4. Que tous les rapports qui sont soumis à Santé Canada par des fabricants de médicaments ou des médecins et qui portent sur des essais cliniques ou des réactions indésirables graves à un médicament approuvé utilisé à des fins médicales soient diffusés immédiatement aux professionnels de la santé et aux établissements de soins de santé.

5. Que Santé Canada mette en place des lignes directrices et des mesures pour que les fabricants de médicaments apportent, dans des délais raisonnables, les changements nécessaires à des renseignements pharmaceutiques.

6. Que tous les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick mettent en application la politique suivante : les ordonnances de médicament et de traitement sont signées par le médecin qui transfère un patient et le médecin qui reçoit le patient sous ses soins.

7. Que le Bureau du coroner du Nouveau-Brunswick révise ses critères de demande d'enquêtes pour déterminer si les enquêtes sont demandées d'une manière efficace et opportune.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

8. All health care professionals in New Brunswick ordering or administering medications with which they are unfamiliar, be required to research the drug prior to its use.

9. Review the efficacy of including lactate blood screening in all children who are prescribed propofol medication in the course of their treatment.

Recommendations were sent to the Department of Health and Wellness and Health Canada.

Recommendation # 7 concerning the criteria for calling inquests in a timely and effective manner was reviewed by the Chief Coroner and staff. The importance of concluding cases and making decisions on whether or not to hold an inquest is very important in an effective Coroner Service. In certain cases, there is a requirement to obtain specialized expert advice and consult with agencies to establish the circumstances of the death, the cause of death and/or appropriate prevention strategies. The Coroners recognize the importance of monitoring these developments so as to conclude the investigation and provide conclusions as quickly as possible.

Department of Health and Wellness response:

The recommendations were forwarded to the Regional Health Authorities for their review and implementation and to the Hospital Standards Committee for integration into relevant standards. It was suggested that the recommendations be forwarded to other medical professional associations in New Brunswick for their information.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

8. Que tous les professionnels de la santé au Nouveau-Brunswick qui prescrivent ou qui administrent des médicaments qu'ils connaissent mal fassent une recherche au sujet de ces médicaments avant de les utiliser.

9. Que l'efficacité de faire subir un test de dépistage du taux de lactates sanguins à tous les enfants qui reçoivent du Propofol pendant leur traitement soit examinée.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Santé et du Mieux-Être et à Santé Canada.

La coroner en chef et les membres de son personnel se sont penchés sur la recommandation 7 qui porte sur les critères de demande d'enquêtes pour déterminer si les enquêtes sont demandées d'une manière efficace et opportune. La capacité de classer des affaires et de décider s'il faut ou non tenir une enquête est essentielle à l'efficacité d'un service de coroners. Dans certains cas, il faut faire appel à des spécialistes et consulter des organismes pour déterminer les circonstances ou les causes d'un décès ainsi que les stratégies de prévention pertinentes. Les coroners savent qu'ils doivent suivre ces développements de façon à conclure leur investigation et à faire part de leurs constatations le plus rapidement possible.

Réponse du ministère de la Santé et du Mieux-Être :

Les recommandations ont été communiquées aux régies régionales de la santé afin qu'elles les examinent et les mettent en œuvre, ainsi qu'au Comité des normes hospitalières pour qu'il les intègre aux normes pertinentes. Il a été recommandé d'acheminer les recommandations à d'autres associations de spécialistes de la santé du Nouveau-Brunswick à titre d'information.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

Health Canada:

The complete response from Health Canada can be reviewed in its entirety in English at http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/atkinson/index.html. Selected excerpts specifically related to the recommendations follows:

Recommendation # 1.5b - off-label usage of regulated pharmaceuticals

"Off-label" use refers to the use of a marketed health product outside of indications included in approved product labelling. In order for indications to be approved, substantial and sound scientific information is provided by the manufacturer and submitted for review and approval by Health Canada. Health Canada recognizes that "off-label" use of marketed health products occurs. However, Health Canada's mandate does not include regulating decisions regarding the choice and administration of a health product to an individual patient. Health Canada cannot condone or authorize "off-label" use.

Provincial and territorial governments regulate such practices of medicine or pharmacy by health care professionals through the provincial Colleges of Physicians and Registrars of Pharmacy. These statutory bodies have the mandate to protect the public, monitor, evaluate and discipline its members, and to deal with patient complaints about regulated health professionals. When prescribing, health care professionals use their own medical discretion and rely on information from medical

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

Santé Canada

La réponse intégrale de Santé Canada peut être consultée en direct dans le site Web suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/atkinson/index.html

Recommendation 1.5 b) – Utilisation non indiquée sur l'étiquette de produits pharmaceutiques réglementés

L'utilisation non indiquée sur l'étiquette se rapporte à l'utilisation d'un produit de santé commercialisé en dehors des indications incluses dans l'étiquetage du produit approuvé. Afin que les indications soient approuvées, une information scientifique substantielle et judicieuse est fournie par le fabricant et soumise pour examen et approbation par Santé Canada. Santé Canada reconnaît que l'utilisation non indiquée sur l'étiquette des produits de santé commercialisés a lieu. Toutefois, le mandat de Santé Canada n'inclut pas la réglementation au niveau des décisions concernant le choix et l'administration d'un produit de santé à un patient particulier. Santé Canada ne peut admettre ou autoriser l'utilisation non indiquée sur l'étiquette.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux réglementent ces pratiques de la médecine ou de la pharmacie par les professionnels de la santé par l'entremise, entre autres, des secrétaires généraux d'associations provinciales de réglementation professionnelle de médecine et de pharmacie. Ces organismes de réglementation établis par les provinces et les territoires ont pour mandat de protéger le public, de surveiller, d'évaluer et de discipliner leurs membres ainsi que de traiter les

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

journals, reports and peer reviewed studies. In Canada, a physician's decision to prescribe particular medication for an individual patient, be it for an indication listed on an approved drug's labelling or otherwise, is part of the "practice of medicine".

The manufacturer must ensure that a drug's contraindications and warnings against improper dosing or other misuse permit identified risks associated with the product to be adequately managed by the health care professional. If the manufacturer does not meet these requirements, Health Canada can compel the manufacturer to stop selling the drug. While Health Canada oversees the regulation of drugs, it has no jurisdiction over how health care professionals prescribe drugs once they are approved.

Recommendation # 1.6a – Reporting results of clinical trials

Health Canada specifies key information to be provided for each clinical trial and has the right to request information about a clinical trial at any time.

New regulations for clinical trials implemented in September 2001 will enhance the safety of participants in clinical trials by refining the process and requirements of a Clinical Trial Application, increasing the obligations of the sponsor and ensuring accountability of sponsors through expanded oversight by Health Canada.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

plaintes des patients concernant les professionnels de la santé réglementés. Lorsqu'ils prescrivent, les professionnels de la santé se fient à leur discrétion médicale et comptent sur l'information publiée dans les journaux médicaux, les rapports et les études examinées par des pairs. Au Canada, la décision d'un médecin de prescrire un médicament particulier à un patient, que ce soit pour une indication figurant sur l'étiquette d'un médicament approuvé ou autrement, fait partie de la « pratique de la médecine ».

Le fabricant doit s'assurer que les contre-indications d'un médicament et les mises en garde contre un dosage inapproprié ou une autre mauvaise utilisation permettent la gestion appropriée des risques identifiés liés au produit par le professionnel de la santé. Si le fabricant ne satisfait pas à ces exigences, Santé Canada peut obliger le fabricant à cesser de vendre le médicament.

Recommendation 1.6 a) - Signalement des résultats des essais cliniques

Santé Canada détermine les renseignements clés qui doivent lui être communiqués et a, en tout temps, le droit de demander de l'information sur un essai clinique

Le nouveau règlement pour les essais cliniques au Canada, mis en oeuvre le 1 septembre 2001, aura pour effet d'améliorer la sécurité des participants en pneufinant le processus et les exigences d'une demande d'essaie clinique, augmentant les obligations du parrain de la demande, et en étandant la supervision de Santé Canada pour assurer l'imputabilité des parrains des essais cliniques.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

Recommendation # 1.6b – Reporting of serious adverse reactions by manufacturers

The *Food and Drug Regulations* require that adverse events be reported, while the health product or drug is undergoing clinical trials or after it has been put on the market. For marketed health products, adverse events must be reported for both on and off-label use.

Mandatory reporting by manufacturers to Health Canada according to internationally accepted time frames have existed since 1995. Manufacturers are required to report all information with respect to any serious adverse drug reactions and medication incidents that have occurred in Canada. In addition, any serious unexpected adverse drug reaction (unexpected because it is not listed in a product's labelling) that have occurred outside of Canada must be reported within 15 days after the information is received.

Recommendation # 3a – Reporting of serious adverse reactions by physicians and health care institutions.

Patients, health professionals, manufacturers and regulatory authorities work together to monitor adverse reactions and medication incidents. The Canadian reporting system which is similar to models used by most other countries internationally, consists of two components: reporting of serious adverse reactions by manufacturers on a mandatory basis; and, reporting by health professionals on a voluntary basis.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

Recommendation 1.6 b) – Signalement des effets indésirables sérieux par les fabricants

Le *Règlement sur les aliments et drogues* exige que les effets indésirables soient signalés pendant que l'essai clinique d'un produit de santé ou d'un médicament est en cours ou après sa mise en marché. Pour les produits de santé commercialisés, les effets indésirables doivent être signalés tant pour l'utilisation indiquée sur l'étiquette que pour l'utilisation non indiquée sur l'étiquette.

La notification obligatoire par les fabricants à Santé Canada selon des délais acceptés au plan international existe depuis 1995. Les fabricants doivent présenter toute l'information concernant les effets indésirables sérieux et les incidents causés par un médicament qui sont survenus au Canada ainsi que tous les effets indésirables sérieux inattendus du médicament (inattendus, car ils ne figurent pas sur l'étiquette du produit) qui sont survenus hors du Canada dans les 15 jours suivant la réception de l'information.

Recommendation 3 a) - Signalement des effets indésirables sérieux par les médecins et les établissements de soins de santé

Les patients, les professionnels de la santé, les fabricants et les organismes de réglementation travaillent ensemble pour surveiller les effets indésirables et les incidents causés par les médicaments. Le Système canadien de notification, qui est semblable aux modèles utilisés par la plupart des autres pays du monde, consiste en deux éléments: notification obligatoire des effets indésirables sérieux par les fabricants et notification volontaire par les professionnels de la santé.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

The proposed **Canadian Paediatric Society Surveillance Program** project will collect information from 2300 pediatricians and sub-specialists on a monthly basis. The focus of reporting is serious and life-threatening adverse reactions in children and youth 0-18 years of age. In addition, the partnership will encourage pediatricians to report adverse drug reactions through regular reminders and monthly feedback to reporters.

To prompt the reporting of adverse reactions, a monthly Health Canada journal advertisement has been published in the CMAJ since April 2002 to promote Health Canada toll-free telephone and fax lines specifically established for adverse reaction reporting. This advertisement has since been picked-up by other journals. The address for subscription is: http://www.hc-sc.gc.ca//hpfb-dgpsa/tpd-dpt/subscribe_e.html

Recommendation # 4 – Dissemination of reports on adverse reactions during clincial trials

Health Canada has made numerous improvements in the dissemination of health safety information in the past 3 years. For example, changes to the Health Canada website, new operating procedures for use in the development of *Dear Health Care Professional Letter*, changes in format and content of the product monograph and a redesigned *Canadian Adverse Reaction Newsletter* with improved distribution methods have been made.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

Le projet proposé par le Programme de surveillance de la Société canadienne de pédiatrie permettra de réunir, sur une base mensuelle, de l'information auprès des 2 300 pédiatres et sous-spécialistes. Le projet porte sur la notification des effets indésirables graves et mortels chez les enfants de la naissance à 18 ans. De plus, le partenariat encouragera les pédiatres à signaler les effets indésirables des médicaments grâce à des rappels réguliers et à une rétroaction mensuelle aux déclarants.

Afin de stimuler la notification des effets indésirables, une annonce mensuelle de Santé Canada est dorénavant publiée dans le JAMC depuis avril 2002 pour promouvoir l'utilisation des lignes de téléphone et de télécopieur sans frais de Santé Canada établies spécifiquement pour la notification des effets indésirables. L'annonce comprend également l'adresse Internet de Santé Canada pour s'abonner au *Bulletin canadien sur les effets indésirables* ainsi qu'aux avis destinés aux professionnels de la santé et aux consommateurs. Cette annonce a depuis été reprise par d'autres journaux. Voici l'adresse pour s'abonner: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/subscribe_f.html

Recommandation 4 - Diffusion des rapports sur les effets indésirables sérieux pendant les essais cliniques

Santé Canada a apporté de nombreuses améliorations en ce qui a trait à la diffusion de l'information sur l'innocuité des produits de santé au cours des trois dernières années. Par exemple, des changements au site Web de Santé Canada, de nouvelles procédures opérationnelles à utiliser lors de l'élaboration des lettres aux professionnels de la santé, des changements de format et de contenu de la monographie de produit et un remaniement du *Bulletin canadien sur les effets indésirables*, avec de meilleures méthodes de distribution

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

The *Canadian Adverse Reaction Newsletter*, a quarterly publication, alerts health professionals and consumers to potential signals detected through the review of case reports submitted to Health Canada. It is a useful mechanism to disseminate information on suspected adverse reactions to health products occurring in humans before comprehensive risk-benefit evaluations and regulatory decisions are undertaken. The Newsletter is distributed free of charge to physicians and health care professionals by mail and as subscriptions. It is also available to the general public on the Web at: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_adverse_newsletter_e.html

Health Canada is currently evaluating the effectiveness of its health product safety and risk communication tools and dissemination methods through conducting surveys and workshops. These surveys and the workshops with stakeholders will help us better target our efforts and resources in developing the most effective communication tools for use by health professionals and consumers.

Two invitational workshops were held (November 2001 and March 2003) with a focus on sharing best practice and improving information dissemination.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

Le *Bulletin canadien sur les effets indésirables*, une publication trimestrielle, avertit les professionnels de la santé et les consommateurs des signaux éventuels détectés par l'examen des cas soumis à Santé Canada. Il s'agit d'un mécanisme utile pour diffuser l'information sur les effets indésirables soupçonnés des produits de santé se produisant chez les humains avant l'évaluation complète des risques et des avantages et que les décisions réglementaires soient prises. Le bulletin est distribué sans frais aux médecins, aux professionnels de la santé ainsi qu'aux autres parties intéressées par courrier aux abonnés de la liste de diffusion électronique. Le bulletin est également disponible au grand public sur le site Web à: http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_adverse_newsletter_f.html

Santé Canada évalue actuellement l'efficacité de ses outils de communication concernant l'innocuité et les risques des produits de santé et de ses méthodes de diffusion. Ces sondages et les ateliers avec les parties intéressées nous aideront à mieux cibler nos efforts et nos ressources pour développer les outils de communication les plus efficaces pour utilisation par les professionnels de la santé et les consommateurs.

La Direction des produits de santé commercialisés de Santé Canada a convoqué deux ateliers sur invitation mettant l'accent sur le partage des pratiques exemplaires et l'amélioration des partenariats dans le domaine de la diffusion de l'information. Les ateliers ont eu lieu en novembre 2001 et en mars 2003.

Inquest No. 6 – Ashley Atkinson continued

Recommendation # 5 – Time limits for pharmaceutical manufacturers to respond to required changes in pharmaceutical inserts.

Manufacturers are responsible under the current *Food and Drug Regulations* to update their product monograph if the benefit/risk profile of the drug has changed significantly from that which was originally submitted and approved by Health Canada.

If the new information that is to be added to the product monograph reflects a serious health or safety risk, the manufacturer may be required to issue a *Dear Health Care Professional Letter*, a public advisory and/or a *Notice to Hospitals*. In some cases, Health Canada may issue these documents independently if many manufacturers are involved, the situation warrants it, or if the manufacturer is not proceeding within agreed upon time limits. Any of these actions would not replace the need to update the product monograph, only ensure that timely information was available to health care professionals and the public while it was being revised.

Inquest No. 7 – Guy Bellefleur

An inquest was held into the death of 17-year-old male from Drummond, who died on August 13, 2001 as a result of a dirt bike accident on a private, decomissioned logging road. The inquest was held February 17-21, 2003 in Grand Falls.

Sixième enquête – Ashley Atkinson (suite)

Recommandation 5 – Délai imparti aux fabricants de produits pharmaceutiques pour répondre aux demandes de changements au matériel pharmaceutique

Les fabricants sont responsables en vertu du *Règlement sur les aliments et drogues* de mettre à jour leurs monographies de produits si le profil des avantages et des risques d'un médicament a changé significativement depuis la présentation originale et l'approbation par Santé Canada.

Si la nouvelle information à ajouter à la monographie du produit reflète un risque sérieux pour la santé ou la sécurité, le fabricant peut se voir demander de diffuser une lettre aux professionnels de la santé, un avis destiné au public ou un avis aux hôpitaux. Dans certains cas, Santé Canada peut diffuser ces documents indépendamment si plusieurs fabricants sont en cause, si la situation le justifie ou si les fabricants ne le font pas selon les délais convenus. Ces mesures ne remplacent pas la nécessité de mettre à jour la monographie du produit; elles visent seulement à s'assurer que l'information opportune est accessible aux professionnels de la santé et au public en attendant la révision de l'information.

Septième enquête – Guy Bellefleur

On a procédé à une enquête relativement au décès de Guy Bellefleur, âgé de 17 ans et résident de Drummond, qui est décédé des suites d'un accident de moto hors route survenu le 13 août 2001 dans un chemin forestier privé désaffecté. L'enquête du coroner s'est tenue du 17 au 21 février 2003 à Grand-Sault.

Inquest No. 7 – Guy Bellefleur continued

In July of 2002 the Chief Coroner made a decision not to proceed with an inquest but recommended to logging companies that they periodically review their decommissioned roads to ensure that warning signs remain in place. Subsequently, the family made an application to the Court to review the Coroner's decision not to hold an inquest and the Court ordered the Coroner's Office to schedule an inquest.

The jury found that the cause of death was a fracture to the base of the skull and other injuries due to a dirt bike accident and the manner of death was accidental. The jury made the following recommendation:

That the policies of woodlot owners concerning roads to be decommissioned on their property be formulated, put in writing and made public.

The Presiding Coroner made the following recommendations:

1. When a road is abandoned, the woodlot owners concerned should inspect all obstacles and signs twice a year to maintain them.

2. That companies that own woodlots undertake, by way of their internal safety committees, a reassessment of the methods used to limit access to their property so as to make such methods as safe as possible.

3. When a police officer arrives at the scene of any fatality, that he or she consult with accident reconstruction specialists to evaluate the need and possibility of reconstructing the accident.

Septième enquête – Guy Bellefleur (suite)

En juillet 2002, la coroner en chef a pris la décision de ne pas tenir d'enquête et de recommander aux sociétés forestières d'inspecter régulièrement leurs chemins désaffectés pour s'assurer que les panneaux de mise en garde demeurent en place. Par la suite, la famille s'est adressée au tribunal pour faire réviser la décision de la coroner en chef de ne pas tenir une enquête, et le tribunal a ordonné au bureau du coroner de fixer une enquête.

Le jury a déterminé que la victime est décédée de causes accidentelles des suites d'une fracture à la base du crâne et d'autres blessures subies lors d'un accident de moto hors route. Le jury a formulé la recommandation qui suit :

Que les consignes des propriétaires de lots boisés au sujet des chemins désaffectés soient énoncées, mises par écrit et rendues publiques.

Le coroner qui a présidé l'enquête a fait les recommandations suivantes :

1. Lorsqu'ils décident de désaffecter un chemin, les propriétaires de lots boisés devraient inspecter tous les obstacles et les panneaux de signalisation deux fois par année afin d'en faire l'entretien.

2. Que les personnes morales propriétaires de lots boisés entreprennent, par l'entremise de leurs propres comités de sécurité, une réévaluation des méthodes qu'elles utilisent pour limiter l'accès à leurs biens de façon à les rendre aussi sûres que possibles.

3. Quand un policier se présente sur les lieux d'un accident mortel, qu'il consulte un spécialiste de la reconstitution d'accidents pour déterminer s'il est nécessaire et possible de reconstituer l'accident.

Inquest No. 7 – Guy Bellefleur continued

Recommendations 1 and 2 were forwarded to the six major forestry companies in the province.

Recommendation #3 was forwarded to the RCMP and the Municipal Chiefs of Police for their review and consideration.

All companies responded in support of the recommendations and/or provided copies of policies currently in force. Policies provide for communication and awareness about access control to de-commissioned lands, including newspaper ads in some instances. Policies also address methods for de-commissioning roads and monitoring mechanisms to maintain safe access-control barriers, at least semi-annually.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates

An inquest was held into the death of 23 month old Jeffrey Donald Bates of Saint John, NB. He had tested positive for E-Coli 0157:H7 in Saint John and was transferred to the IWK Hospital in Halifax, Nova Scotia. He was diagnosed with Hemolytic Uremic Syndrome and subsequently died on December 8, 2001. The death was not initially reported to the Coroner's Office in New Brunswick. Whereas he and other children were found to be positive for E-Coli 0157:H7 at the Saint John YM/YWCA where Jeffrey had attended day care, the case was reported to Public Health, and they commenced an investigation. A further review of this investigation was completed jointly by NB Public Health and Health Canada. This review resulted in twenty-eight (28) recommendations for future outbreak investigations.

Septième enquête – Guy Bellefleur (suite)

Les recommandations 1 et 2 ont été communiquées aux six grandes sociétés forestières de la province.

La recommandation 3 a été adressée à la GRC et aux chefs des services de police municipaux afin qu'ils l'examinent et y réfléchissent.

Toutes les sociétés ont répondu qu'elles étaient d'accord avec les recommandations ou ont fourni des copies de leurs directives en vigueur, lesquelles portent sur les moyens de sensibiliser le public aux restrictions à l'accès aux lots désaffectés, notamment au moyen d'annonces dans les journaux dans certains cas. Les directives énoncent aussi les méthodes employées en vue de désaffecter des chemins ainsi que les modalités de vérification, au moins deux fois par année, de la sécurité des barrières interdisant l'accès.

Huitième enquête – Jeffrey Bates

Une enquête a été réalisée à la suite du décès de Jeffrey Donald Bates, un jeune enfant âgé de 23 mois de Saint-Jean, Nouveau-Brunswick. Les résultats des examens effectués à Saint-Jean ont révélé la présence de E. coli 0157:H7. La victime a été transférée à l'hôpital IWK Grace de Halifax, en Nouvelle-Écosse, où on a diagnostiqué le syndrome hémolytique et urémique. La victime est finalement décédée le 8 décembre 2001. Le décès n'a pas tout de suite été signalé au bureau du coroner du Nouveau-Brunswick. Mais étant donné que la victime et d'autres enfants avaient été contaminés par le E. coli 0157:H7 au YMCA/YWCA de Saint-Jean dont Jeffrey fréquentait la garderie, l'affaire a été signalée à la Santé publique qui a entrepris une enquête. La Division de la santé publique du Nouveau-Brunswick et Santé Canada ont réalisé ensemble un examen plus approfondi des résultats de cette enquête. À l'issue de cet exercice, 28 recommandations ont été formulées au sujet des futures enquêtes épidémiologiques.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

Following the conclusion of the investigation by the Saint John Coroner's office, an inquest was held from March 17-25th. The jury found the death was as a result of Myocardial Failure from complications arising from Hemolytic Uremic Syndrome caused by E-coli 0157:H7 and the manner was determined to be natural.

The jury adopted the 28 Health Canada report recommendations (listed as 12.1-12.28), and made an additional twenty (20) recommendations.

The jury's recommendations follow.

Recommendations of the Jury:

1. Amend Section 6.2 *Child illness of Child Day Care Facilities Operator Standards* to read:

   Provide supervised care for the sick children in a designated sick room separate from other children until the child is picked up from facility.

2. In addition to daily attendance record, a standardized day care activity chart approved by New Brunswick Health and Community Services be implemented by all licensed day cares including, but not limited to: documentation of arrival times, departure times, (reasons for early departure), feeding reports, diaper change, eating schedule, napping schedule and daily activities. These records should be kept on all children attending the day care up to the age of 24 months.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

Après l'investigation par le bureau du coroner à Saint-Jean, une enquête a été réalisée du 17 au 25 mars. Le jury a déterminé que la victime est décédée de causes naturelles des suites d'un infarctus du myocarde provoqué par des complications du syndrome hémolytique et urémique causé par le E. coli 0157:H7.

Le jury a fait siennes les 28 recommandations du rapport de Santé Canada (qui portent les numéros 12.1 à 12.28), et il a lui-même formulé 20 autres recommandations.

On trouvera ci-dessous les recommandations du jury.

Recommandations du jury :

1. Modifier le paragraphe 6.2 *Maladie d'un enfant* des Normes visant les responsables d'installations de garderie afin qu'il se lise comme suit:

   Fournir des soins avec surveillance à l'enfant, dans une salle réservée à cet effet et située à l'écart des autres enfants, jusqu'à ce qu'on vienne le chercher.

2. En plus du rapport de présence quotidienne, créer une feuille de suivi quotidien standard, approuvée par le ministère de la Santé et des Services communautaires, qui sera distribuée à toutes les garderies certifiées du Nouveau-Brunswick. Sur cette feuille pourra figurer, sans toutefois s'y limiter, l'heure d'arrivée et de départ de l'enfant (ainsi que la raison d'un départ avant l'heure prévue), la liste des aliments consommés, la liste des changements de couche, les heures des repas, les heures de sieste ainsi que les activités de la journée. Ces feuilles devront être tenues pour tous les enfants âgés de 24 mois et moins fréquentant l'établissement.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

3. Any day care facility providing full meals should have their food preparation area licensed by the Province of New Brunswick.

4. All Cooks in day care should have an updated food safety preparation course.

5. Day care staff should have annual workshops to review *Child Day Care Facilities Operator Standards and Procedures*, etc.

6. Enhance public education about the symptoms and possible consequences of enteric diseases such as E. coli.

7. Day cares should enhance their record keeping regarding illness in attendees and staff.

8. Day cares should report to Public Health any unusual or significant increase in disease.

9. Doctors should be encouraged to report to Public Health any patient who they clinically suspect to have a disease that is under surveillance in the province.

10. Doctors should maintain a high index of clinical suspicion regarding enteric illness such as E. coli, and should order stool cultures when clinically indicated.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

3. Toute garderie offrant des repas complets doit faire approuver son aire de préparation des repas par la province du Nouveau-Brunswick.

4. Toutes les personnes chargées de la préparation des repas doivent suivre régulièrement un cours sur la préparation sécuritaire des aliments.

5. Le personnel des garderies doit suivre chaque année un atelier sur normes visant les responsables d'installations de garderie, etc.

6. Sensibiliser le public aux symptômes et aux conséquences possibles des maladies entériques comme l'infection à *E-coli*.

7. Les garderies doivent améliorer leur façon de documenter les cas de maladie chez le personnel et les enfants fréquentant l'établissement.

8. Les garderies doivent signaler à la Direction de Santé publique toute incidence anormale ou tout accroissement important des cas de maladie.

9. Il faut encourager les médecins à rapporter à la Direction de Santé publique tout cas de maladie faisant l'objet d'une surveillance à l'échelle provinciale.

10. Les médecins doivent se méfier de tout cas de maladie entérique comme l'infection à *E-coli* et ne doivent pas hésiter à demander une culture de selles lorsque cela est indiqué d'un point de vue clinique.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

11. Adopted in full: Recommendations by Dawn and Peter Bates.

11.1 An independent audit or review be conducted to determine how inspections are currently conducted by Family and Community Services of child care facilities. This audit would recommend changes if required in the procedures currently being utilized during inspections of child care centres. This Audit could be conducted by the New Brunswick Auditor General's Office or another qualified independent organization.

11.2 That the current standards be amended to state that the attendance records also document the reason for early departures of children.

11.3 When child care centres become aware {of} that there is a high degree of illness within the centre, they be required to call Public Health and consult with a Public Health nurse. This may alert health officials earlier that a serious health problem may exist at a day care and appropriate action could be taken.

11.4 When a serious accident or death occurs at a child care centre, Family and Community Services be required to conduct an inspection of the centre. This inspection would be completed to verify that current standards were met by the day care at the time of the incident.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

11. Adopté en entier : Recommandations effectuées par Dawn et Peter Bates.

11.1 Qu'une enquête indépendante ait lieu afin de déterminer de quelle façon les inspections des garderies sont actuellement effectuées par le ministère des Services familiaux et communautaires. Cette enquête permettra, le cas échéant, de recommander les changements à effectuer aux procédures actuelles. Cette enquête pourra être effectuée par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick ou par tout autre organisme indépendant approprié.

11.2 Que les normes actuelles soient modifiées afin qu'on ajoute la cause d'un départ avant l'heure habituelle à la feuille de présence des enfants.

11.3 Que, lorsque les responsables d'une garderie constatent qu'il y a une incidence anormalement élevée de cas d'une maladie au sein de leur établissement, ils communiquent avec la Division de la Santé publique et des services médicaux afin de consulter une infirmière de la santé publique. Ce type de communication pourra alerter les responsables de la santé publique de l'existence d'un grave problème de santé publique au sein d'une garderie et les inciter à prendre les mesures appropriées.

11.4 Que, lorsqu'un accident grave ou un décès survient dans une garderie, le ministère des Services familiaux et communautaires effectue une inspection de l'établissement afin de vérifier que les normes en vigueur actuellement étaient respectées au moment de l'accident.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

11.5 An independent professional organization conduct a review of New Brunswick's current child care standards with the goal of identifying weaknesses and strengths, recommending any applicable improvements.

11.6 The Auditor General's previous recommendation that day cares be categorized as food service establishments should be implemented. This recommendation, if adopted, would subject day cares to higher standards related to food handling.

11.7 The infants under two at the "Y" day care had been served foods such as hamburger patties, tacos, meatballs and lasagna. A detailed review should be conducted regarding the types of food that may not be appropriate for children under two for various reasons. If necessary, a new standard should be developed related to the types of foods which child care centres serve to children under two years of age.

11.8 Family and Community Services establish and maintain individual files for each licensed facility. These files would be made available to parents upon request for the purpose of providing information when selecting a day care. This file would contain previous inspection reports of the day care, as well as a record of any serious accidents or deaths that may have occurred at the facility.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

11.5 Qu'un organisme professionnel indépendant révise les normes actuelles en matière de services de garde au Nouveau-Brunswick afin d'en cerner les forces et les faiblesses et de suggérer les correctifs nécessaires.

11.6 Que la recommandation précédente du vérificateur général à l'effet que les garderies soient classées comme des établissements offrant des services alimentaires soit appliquée. Si cette recommandation est adoptée, les garderies seront soumises à des normes plus élevées en matière de préparation de la nourriture.

11.7 À la garderie « Y », on avait servi aux enfants âgés de moins de deux ans les mets suivants : boulettes de hamburger, tacos, boulettes de viande et lasagne. Une enquête détaillée devrait être effectuée concernant les types de plats pouvant ne pas convenir, pour diverses raisons, à des enfants âgés de moins de deux ans. Le cas échéant, de nouvelles normes alimentaires à l'intention des services de garde pourront être rédigées pour les enfants âgés de moins de deux ans.

11.8 Que le ministère des Services familiaux et communautaires maintienne un dossier relatif à chacune des garderies certifiées. Ces dossiers pourront être divulgués aux parents sur demande afin de les aider à mieux sélectionner leur service de garde. Les dossiers comporteront les rapports d'inspection de même que les rapports d'accident ou de décès.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

11.9 The applicable Government Department, i.e. N.B. Health and Wellness, N.B. Family and Community Services or another applicable government department inform the YM-YWCA Board of Directors regarding the information documented in the Health Canada Report as well as the pertinent testimony during this inquest regarding the actions of the "Y" Management during the E. coli outbreak. The Board should also be made aware of their legal obligation under the applicable acts, i.e. *Public Health Act*, *Family and Community Services Act*.

12. Adopted in full: Health Canada Report

Reference: November 2002 "Report of the Review of the Approaches and Processes Utilized in the Investigation of an Escherichia Coli 0157:H7 Outbreak in New Brunswick, December 2001"

12.1 Family and Community Services should review with the daycare management the implementation of exclusion policies and consider the development of an agreement co-signed by parents, to report absenteeism and the reasons for absence, particularly symptoms of a communicable disease. Absenteeism information should be recorded and collated by daycare staff and be made available to Public Health upon request.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

11.9 Que les ministères néo-brunswickois appropriés, soit Santé et Mieux-être, Services familiaux et communautaires ainsi que tout autre ministère gouvernemental, fassent part au comité de direction des YM-YWCA de l'information contenue dans le rapport de Santé Canada ainsi que des témoignages pertinents recueillis lors de la présente enquête en ce qui a trait aux agissements des responsables de la garderie « Y » au cours d'une éclosion de *E-coli*. Que le comité de direction soit également informé de ses obligations juridiques en vertu de diverses lois comme la *Loi sur la santé publique* et la *Loi sur les services à la famille*.

12. Adopté en entier : Rapport de Santé Canada

Référence : « Report of the Review of the Approaches and Processes Utilized in the Investigation of an Escherichia Coli 0157:H7 Outbreak in New Brunswick, December 2001 », publié en novembre 2002

12.1 Le ministère des Services familiaux et communautaires doit revoir, avec la direction de la garderie, la possibilité d'adopter une politique d'exclusion et d'élaborer une entente signée par les parents visant à rapporter toute absence et les raisons de cette dernière, particulièrement en cas de présence de symptômes d'une maladie infectieuse. Ces données seront enregistrées par le personnel de la garderie et mises à la disposition de la Santé publique sur demande.

12.2 Public Health and Family and Community Services should collaboratively review record keeping and data collection processes within daycares. This is to ensure accuracy and timeliness of information recorded and to ensure that both institutional and Public Health authorities are aware of the need to identify and access all potentially relevant information in a public health emergency such as an outbreak.

12.3 Establish the technology and skill to perform PFGE (Pulsed Field Gel Electrophoresis)characterization in a New Brunswick microbiology laboratory centre. Establish a database of PFGE patterns and linkage to Pulsenet Canada to improve the accuracy of the interpretation of results and the timeliness of reporting to the MOH (Medical Officer of Health).

12.4 Clear written instructions on stool collection should be developed and provided to individuals requested to submit specimens. These instructions should include guidance on collection, storage, transport and hygiene. This should be done in collaboration between public health and laboratory services in the province. Instructions should be included in a stool collection kit.

12.5 Outbreak investigation skills for all public health staff should be enhanced.

12.2 Les ministères de la Santé publique et des Services familiaux et communautaires doivent revoir ensemble les modalités de collecte de données et de rédaction des rapports en vigueur dans les garderies. Cet examen a pour but d'assurer l'exactitude et la prompte inscription des données afin que la direction des garderies et la Santé publique puissent y avoir accès rapidement en cas d'urgence comme dans le cas d'une éclosion de maladie infectieuse, par exemple.

12.3 Voir à l'installation de l'équipement et à la formation du personnel nécessaires à la caractérisation par EGCP (l'électrophorèse sur gels en champs pulsés) dans un des laboratoires de microbiologie du Nouveau-Brunswick. Établir un branchement au réseau PulseNet Canada afin d'améliorer l'exactitude de l'interprétation des résultats d'analyse et la vitesse du transfert des données au médecin hygiéniste provincial (MHP).

12.4 Établir des directives claires relatives à la collecte des selles qui seront remises aux personnes chargées du prélèvement des échantillons. Ces instructions doivent traiter de la collecte, de l'entreposage et du transport des échantillons ainsi que des mesures d'hygiènes entourant ce travail. Ces instructions seront jointes aux trousses de prélèvement de selles. Cette tâche reviendra à la Direction de Santé publique en collaboration avec les services de laboratoire de la province.

12.5 Il faut veiller à ce que tous les responsables de la santé publique suivent une formation de mise à niveau relative aux enquêtes sur les éclosions de maladies infectieuses.

12.6 Understaffing of MOH positions within the province should be urgently addressed. The current staffing situation is inadequate for the population served, and places intolerable stress on existing staff. The current demands on public health decision-makers (MOHs) are not sustainable.

12.7 The role of the provincial epidemiologist and provincial epidemiology staff in outbreak investigations should be clarified. The provincial epidemiologist must be an integral member of the outbreak investigation team and automatically involved from the beginning of the outbreak.

12.8 Epidemiological expertise in outbreak investigation in New Brunswick should be reviewed and enhanced by the identification of specially trained individuals who would provide on-site leadership during an outbreak.

12.9 A provincial protcol for outbreak investigation should be development and should address such issues as:

- Identification of an on-site functional manager to lead and co-ordinate the outbreak response and with access to epidemiological and other expertise;

- Lines of authority for reporting and responding to outbreak; roles and responsibilities for the outbreak investigation team members and selection of appropriate individuals to those roles;

12.6 Il faut sans tarder veiller à combler les nombreux postes vacants des services d'hygiène de la province. La situation actuelle entraîne un stress intolérable pour le personnel en place et ne permet pas de desservir adéquatement la population de la province. Le niveau d'attentes actuel envers le personnel décisionnel de ces services est insoutenable.

12.7 Il faut préciser le rôle de l'épidémiologiste provincial et du personnel de ce service en matière d'enquête sur les éclosions de maladies infectieuses. L'épidémiologiste provincial doit être un membre actif de l'équipe d'enquête et doit être mis à contribution dès le début d'une éclosion de maladie infectieuse.

12.8 Il faut revoir et améliorer l'expertise épidémiologique en matière d'enquête relativement à une éclosion de maladie infectieuse. On doit savoir qui sont les personnes qualifiées sur place pour la prise en charge de ces enquêtes.

12.9 On doit élaborer un protocole d'enquête provincial, qui permettra :

- D'identifier une personne sur place qui se chargera de la coordination des mesures d'enquête et d'intervention et qui aura accès à une expertise épidémiologique et à toute autre expertise nécessaire;

- D'établir une chaîne de commandement relative à l'enquête et aux mesures d'intervention, soit la sélection des personnes appropriées et la détermination de leur rôle au sein de l'équipe;

- Access to provincial or national expertise/resources and information on how to access them;

- Provision of checklists, templates and frameworks respectively for activities, data collection and analysis.

The provincial protocol could be linked to the national Foodborne Illness Outbreak Investigation Protocol which contains many of these elements. The protocol should warn the team leader and members that they may become overwhelmed and provide guidance on how to identify when they have exceeded their expertise or other resources and how and where to seek assistance.

12.10 An individual responsible for developing communications materials and mediating provincial information media request{s} should be appointed early in an investigation. This individual should have responsibility for developing communication materials, including press releases and background facts, providing regular updates to media and Ministerial officials (verbal or written material), and arrange and manage press conferences and interviews.

12.11 The current provincial procedures, which indicates that only the Provincial Epidemiologist is to request outside assistance from Health Canada for an outbreak investigation, should be changed. Either the Provincial Epidemiologist or CMOH should be able to request assistance from Health Canada if needed.

- D'établir et de documenter l'accès à l'expertise et aux ressources nationales en matière d'enquête et d'intervention en cas d'éclosion de maladie infectieuse;

- De fournir des listes à cocher, des modèles et des lignes directrices pour tout ce qui a trait à la collecte de données, aux analyses et aux diverses activités d'enquête et d'intervention.

Ce protocole provincial doit s'inspirer du protocole national d'enquête sur les éclosions de toxi-infection d'origine alimentaire, lequel contient plusieurs des éléments susmentionnés. Dans le cadre de ce protocole, on doit mettre en garde les intervenants des risques de surcharge et d'épuisement. On doit leur fournir des façons de déterminer quand ils ont outrepassé leurs ressources ou leur niveau d'expertise et leur indiquer où et comment chercher de l'aide.

12.10 Il faut, dès le début d'une enquête, nommer une personne chargée de rédiger des documents d'information (communiqués, documents de fond, mises à jour de l'information, rapports) et d'interagir avec les médias et le personnel ministériel (entrevues, rapports verbaux, etc.).

12.11 On doit modifier les modalités provinciales actuelles qui spécifient que seul l'épidémiologiste provincial a le droit de demander l'aide de Santé Canada relativement à une enquête sur une éclosion de maladie infectieuse. L'épidémiologiste provincial et le médecin hygiéniste provincial devraient tous deux avoir le droit de recourir à Santé Canada en cas de besoin.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

12.12 National guidelines should be developed for management of outbreaks of enteric disease in daycares and other high risk communities. These should include guidance on exclusion policies and clearance (re-entry) criteria for specific enteric pathogens. National guidelines would provided a basis for the development of local protocols.

12.13 A protocol, agreed between Public Health Services and Family and Community Services, should be prepared to specify criteria for closing and sanitizing daycare premises where an outbreak has occurred. This would provide a clear mandate for action. Such a protocol should include, for example, check list of surfaces which may need to be cleansed (e.g. tables, toys, light switches, door handles) as well as recommended dis-infection procedures and products.

12.14 Ensure that the outbreak protocols developed by the province clearly identify the need to develop both sensitive and specific case definitions early in the investigation and that these definitions are distributed to the appropriate staff.

12.15 Public Health Inspectors should be offered training to enhance their skills in identifying patterns of interaction during epidemiological investigation.

12.16 Outbreak investigation teams should ensure that systematic collection of case ascertainment data on all individuals in a cohort (e.g. daycare children and staff) is considered early in the investigation.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

12.12 Des lignes directrices doivent être établies à l'échelle nationale quant à la gestion des éclosions de maladies entériques dans les garderies et les autres communautés à risque élevé. Ces lignes directrices doivent comporter des données sur les politiques d'exclusion et les critères de réinsertion pour chacun des agents pathogènes entériques. Ces lignes directrices nationales serviront ensuite à l'élaboration de protocoles locaux.

12.13 La Direction de Santé publique et le ministère des Services familiaux et communautaires doivent élaborer conjointement un protocole de fermeture et de désinfection d'un service de garde en cas d'éclosion de maladie infectieuse. Seront inclues à ce protocole des données comme une liste à cocher des surfaces à désinfecter (tables, jouets, commutateurs, poignées de porte) de même que les produits et les modalités de désinfection.

12.14 Veiller à ce que les protocoles de gestion éclosions de maladies infectieuses provinciaux traitent de la nécessité d'établir un profil de cas détaillé et clair dès les débuts de l'éclosion ainsi que de la nécessité de transmettre cette information aux personnes appropriées.

12.15 Les inspecteurs de la Santé publique doivent avoir accès à de la formation afin d'améliorer leur capacité d'établir un modèle d'interaction en matière d'enquête épidémiologique.

12.16 Les équipes d'enquête doivent sans tarder veiller à la collecte systématique des données de dépistage auprès de tous les membres de la cohorte (enfants et personnel de la garderie).

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

12.17 A protocol describing the main steps in an outbreak investigation and identifying specific roles and responsibilities should be developed for the use of public health professionals in the province. This could include templates of standard case ascertainment and generic case questionnaires, letters, advisories, draft press releases, etc.

12.18 A national guideline for the management of enteric shedders in vulnerable populations should be developed and made available to provincial public health authorities for adaptation and use in their jurisdictions.

12.19 Minimum standards for the collection, collation, analysis and review of outbreak related information should be described in a provincial protocol and descriptive epidemiology should be done throughout an investigation to aid in decision making. The protocol should address standards for the recording of outbreak control meeting notes. Decision-making about significant steps in the investigation should be documented with explanations of why they were taken.

12.20 A detailed report of the investigation should be produced by the designated epidemiologist assigned to the team for all significant outbreaks. A standard template should be developed to facilitate this.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

12.17 On doit établir, à l'intention des professionnels de la santé publique provinciale, un protocole décrivant les principales étapes d'une enquête ainsi que les rôles et les responsabilités spécifiques dans le cadre d'une telle enquête. Ce protocole pourrait par exemple comporter des modèles de vérification des cas d'infection ainsi que des modèles de questionnaire de dépistage, des modèles de lettre, d'annonce, de communiqué, etc.

12.18 Il faut rédiger des lignes directrices nationales sur la gestion des problématiques entériques chez les populations vulnérables et les mettre à la disposition des responsables de la santé publique provinciaux afin qu'ils puissent les adapter et les utiliser selon leurs besoins.

12.19 Des normes minimales de collecte, de regroupement, d'analyse et de revue des données relatives à une éclosion de maladie infectieuse doivent être respectées et on doit procéder à une revue épidémiologique descriptive afin d'aider à la prise de décisions. Le protocole utilisé doit prévoir les modalités de prise de notes lors des rencontres effectuées. On doit noter le comment et le pourquoi des principales étapes décisionnelles.

12.20 L'épidémiologiste désigné de l'équipe d'enquête doit produire un rapport détaillé pour toutes les éclosions infectieuses d'importance. Un modèle de rapport devrait être établi afin de faciliter ce travail.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

12.21 As far as possible hypothesis generation should be based on systematically collected and validated data. The available data should be reviewed critically on a regular basis by the investigation team leader and the investigation team, and decisions made concerning the direction of the investigation. This approach should be incorporated into an outbreak investigation protocol and training packages and should be accompanied by systematic collation and validation of information.

12.22 A standardized approach to investigations should be adopted; this could include a standarized case ascertainment questionnaire that can be modified to fit details of the specific outbreak. The approach should define the types of epidemiological and microbiological information required.

12.23 Public Health and Family and Community Services should work together to improve recording and data collection processes within daycares. This should ensure that organizations such as daycares understand their responsibility to identify illness in their clients and staff populations, that illness is adequately documented and that the information is shared appropriately with the local public health authorities.

12.24 A national guideline on the management of outbreaks of enteric illness in daycare situations should be developed.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

12.21 Dans la mesure du possible, les hypothèses épidémiologiques doivent s'appuyer sur une collecte et une analyse systématique des données. Toutes les données disponibles doivent être examinées d'un œil critique par l'ensemble des membres de l'équipe d'enquête afin d'orienter la prise de décisions. Ces modalités de fonctionnement doivent être fondues en un protocole qui pourra ensuite être enseigné en vue d'assurer une collecte et une validation systématique de l'information.

12.22 On doit adopter une approche d'enquête normalisée qui comportera un questionnaire de dépistage des cas d'infection pouvant être adapté au besoin. On devra aussi définir le caractère de l'information épidémiologique et microbiologique requise.

12.23 La Direction de Santé publique et le ministère des Services familiaux et communautaires doivent collaborer à améliorer les modalités de collecte et d'enregistrement des données au sein des services de garde. Ils doivent aussi s'assurer que ces services comprennent bien leur responsabilité quant à l'identification des cas d'infection au sein de leur clientèle et de leur personnel ainsi qu'en ce qui a trait à la collecte des données et à la collaboration avec les représentants de la santé publique.

12.24 Des lignes directrices nationales doivent être élaborées sur la gestion des éclosions d'infections entériques en milieu de garde.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

12.25 Processes should be developed to ensure that communications with the media are co-ordinated between public health and the various organizations that may be involved in an outbreak response. In addition, the early designation of a single public health official (not the leader of the investigation team) to act as a media spokesperson could help relieve pressure on individuals involved in essential investigation and control activities.

12.26 The Outbreak Report should be written by the designated epidemiologist on the outbreak team as soon as possible after the event. The report should be structured according to a generally accepted format, and should contain all pertinent information.

12.27 Information concerning an outbreak should be available to all those involved in investigation and control activities via a shared computer drive or alternative mechanism to share information while preserving confidentially.

12.28 The post outbreak debriefing process should offer a critical incident stress debriefing component, with follow-up counselling if needed.

Recommendations were forwarded to the Departments of Family and Community Services, Health and Wellness, Health Canada, and the Saint John YMCA/YWCA for response.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

12.25 La Santé publique et les différents organismes liés à l'enquête doivent établir une procédure de communication avec les médias. On doit sans tarder désigner un représentant de la santé publique (pas le responsable de l'enquête) qui servira de porte-parole auprès des médias, ce qui permettra de diminuer le stress vécu par le personnel travaillant directement à l'enquête et la lutte contre l'infection.

12.26 Le rapport officiel sur l'éclosion de maladie infectieuse doit être rédigé le plus rapidement possible après l'événement. Il doit être rédigé selon un modèle approuvé et contenir toute l'information pertinente relative à l'événement.

12.27 L'information relative à l'infection doit être mise à la disposition de toutes les personnes oeuvrant à l'enquête et à la lutte contre l'infection par l'intermédiaire d'un disque d'ordinateur partagé ou par tout autre moyen assurant la confidentialité de l'information en question.

12.28 On doit prévoir, dans le cadre des séances de compte-rendu suivant l'événement, une intervention psychologique en cas de stress extrême avec suivi au besoin.

Les recommandations ont été adressées au ministère des Services familiaux et communautaires, au ministère de la Santé et du Mieux-Être, à Santé Canada et au YMCA/YWCA de Saint-Jean afin qu'ils y répondent.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

Department of Family and Community Services response outlines various actions taken or to be completed by September/October 2003:

Recommendations 1 and 12.1 (Amend standards to provide designated sick rooms) – Standards were amended to address this in April 2003.

Recommendations 2, 11.2 and 12.2 (Recording of reason for early departures) – Current standards were amended in April 2003. Standardized daily activity chart and revised attendance form were developed.

Recommendation 4 (Training in food safety preparation) – This requirement will be incorporated in proposed regulation for Food Premises; Department will identify costs and sources of delivery for courses.

Recommendation 5 (Annual workshops for day care staff re standards) – Public Health and Family & Community Services staff presented joint information sessions highlighting changes to the Child Day Care Facilities Operator Standards and Public Health Day Care Inspection Standards.

Recommendations 7 and 12.1 (Management of illness guidelines) – Re-designed and implemented guidelines to address this.

Recommendations 8 and 12.1 (Reporting by day cares of increase in disease) – Developed flow chart and form to facilitate day care reporting to be used by attendees and staff.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

La réponse du ministère des Services familiaux et communautaires décrit diverses mesures qui ont été prises ou qui devaient l'être au plus tard en septembre ou en octobre 2003.

Recommandations 1 et 12.1 (modifier les normes pour prévoir une pièce réservée aux enfants malades) : les normes ont été modifiées en conséquence en avril 2003.

Recommandations 2, 11.2 et 12.2 (consignation de la raison d'un départ avant l'heure habituelle) : les normes ont été modifiées en avril 2003; on a normalisé la feuille de suivi quotidien et on a revu la formule de présence.

Recommandation 4 (cours sur la préparation sécuritaire des aliments) : cette norme sera intégrée au futur règlement régissant les services d'alimentation. Le ministère déterminera les coûts et le dispensateur de la formation.

Recommandation 5 (obligation pour les employés des garderies d'assister à un atelier annuel sur les normes) : les membres du personnel de la Santé publique et du ministère des Services familiaux et communautaires ont présenté ensemble des séances d'information au sujet des changements qui ont été apportés aux normes visant les responsables des installations de garderie et aux normes d'inspection des garderies par la Santé publique.

Recommandations 7 et 12.1 (lignes directrices sur la gestion des maladies) : les lignes directrices remaniées ont été mises en œuvre.

Recommandations 8 et 12.1 (signalement par les garderies de l'accroissement des cas de maladie) : un diagramme et une formule ont été conçus pour aider les responsables et les employés des garderies à préparer les rapports nécessaires.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

Recommendation 11.1 (Independent audit of inspections process) – Family and Community Services have requested clarification from the Office of the Auditor General concerning how a review could be conducted.

Recommendations 11.3 and 12.23 (Timely reporting of disease by Day Cares) – This recommendation is addressed as part of the guidelines on Management of Illness.

Recommendations 11.4 and 12.13 (Outbreak protocols – sanitizing and closing) – Department of Family and Community Services, together with Department of Health and Wellness will develop such a protocol; inspection requirements will be outlined in Policies and Procedures manual.

Recommendation 11.5 (Review of child care standards by an independent professional organization) – The Department specified the scope of the work and committed to identify a source for the work by August 2003.

Recommendation 11.7 (Detailed review of menus for toddlers) – The Departments of Family & Community Services and Health & Wellness will collaborate on the development of a standard. The contract for the independent review of the Child Day Care Facilities Operator Standards will incorporate a review of the literature on this topic.

Recommendation 11.8 (Access by families to files on licensed facilities) – Family & Community Services have requested legal advice on the feasibility of this recommendation.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

Recommandation 11.1 (enquête indépendante sur les méthodes d'inspection) : le ministère des Services familiaux et communautaires a demandé au Bureau du vérificateur général des précisions sur la façon de réaliser une telle enquête.

Recommandations 11.3 et 12.23 (signalement en temps opportun des cas de maladie par les services de garde) : on a donné suite à cette recommandation dans le cadre des lignes directrices sur la gestion des maladies.

Recommandations 11.4 et 12.13 (protocole de fermeture et de désinfection d'un service de garde en cas d'éclosion de maladie infectieuse) : ce protocole sera élaboré par le ministère des Services familiaux et communautaires, en collaboration avec le ministère de la Santé et du Mieux-Être. Les exigences en matière d'inspection seront énoncées dans le manuel des directives et modalités.

Recommandation 11.5 (révision des normes des services de garde par un organisme professionnel indépendant) : le ministère a établi l'ampleur du travail et s'est engagé à trouver l'organisme qui s'en acquittera au plus tard en août 2003.

Recommandation 11.7 (enquête minutieuse au sujet des plats servis aux tout-petits) : le ministère des Services familiaux et communautaires et le ministère de la Santé et du Mieux-Être collaboreront à la rédaction d'une norme. Le mandat pour la révision indépendante des normes visant les responsables des services de garde comprendra un examen de la documentation à ce sujet.

Recommandation 11.8 (accès par les familles aux dossiers des garderies agréées) : le ministère des Services familiaux et communautaires a demandé des conseils juridiques sur la possibilité de donner suite à cette recommandation.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

Recommendations 11.9 and 12.13 (Discussion with the YMCA/YWCA re legal obligations) - Family & Community Services staff and Public Health representatives will meet with the board to review this case.

Recommendation 12.23 – (Improve data collection processes within daycares) – Information sessions were held with Day Care Operators to introduce new processes.

Department of Health and Wellness:

Recommendation 6 (enhanced public education) – The communication strategy was enhanced to include print ads, posters, booklets and Fact Sheets specific to different communicable diseases). In addition to quarterly media releases, current information is now available on the department's website.

Recommendation 9 (reporting of suspect cases by physicians) and Recommendation 10 (physicians ordering stool cultures for diagnostic purposes) were forwarded for to the NB Medical Society and the NB College of Physicians and Surgeons for the information of medical professionals.

Recommendations 3 and 11.6 (day cares be categorized as food service establishments) – Regulations have been drafted to include this provision and will be considered by government in the near future.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

Recommandations 11.9 et 12.13 (discussion avec les responsables du YMCA/YWCA au sujet de leurs obligations juridiques) : les membres du personnel du ministère des Services familiaux et communautaires et des représentants de la Santé publique rencontreront les membres du conseil pour passer en revue cette affaire.

Recommandation 12.23 (améliorer les modalités de collecte des données dans les garderies) : des séances d'information ont été organisées à l'intention des responsables des services de garde afin de leur expliquer les nouvelles modalités.

Ministère de la Santé et du Mieux-Être :

Recommandation 6 (meilleure sensibilisation du public) : la stratégie de communication a été améliorée; elle comprend maintenant des publicités imprimées, des affiches, des livrets et des feuillets de renseignements portant sur différentes maladies infectieuses. Outre les communiqués de presse trimestriels, des renseignements à jour sont dorénavant accessibles dans le site Web du ministère.

La recommandation 9 (signalement des cas soupçonnés par les médecins) et la recommandation 10 (culture de selles ordonnée par un médecin pour les besoins du diagnostic) ont été transmises à la Société médicale du Nouveau-Brunswick et au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick à titre de renseignements à l'intention des professionnels de la santé.

Recommandations 3 et 11.6 (classer les garderies comme des établissements qui offrent des services alimentaires) : des règlements ont été rédigés dans le but de donner suite à cette recommandation. Le gouvernement en fera prochainement l'étude.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

Recommendation 11.7 (detailed review of menu for toddlers) – Department of Health & Wellness and Family & Community Services will jointly develop a standard, following a review of national standards and practices by an external consultant.

Recommendation 11.9 (Discussion with the YMCA/YWCA re legal obligations) – Public Health representatives and Family & Community Services will meet with the board to review this case.

Recommendation 12.3 (Skills and technology to perform and analyse tests in NB) – This service has been approved and funded; following equipment purchase, set-up and training, service will be established in late 2004.

Recommendations 12.4, 12.7, 12.9, 12.10, 12.11, 12.14, 12.15, 12.16, 12.17, 12.19, 12.20, 12.21, 12.22, 12.25,12.26, 12.27 and 12.28 identified the need for documentation requirements, clarification of roles, protocols for outbreak investigation, communication requirements, case definitions and hypotheses, timely data collection, minimum standards for data collection, sharing of data among the investigation team, standardized and timely reporting on each outbreak. These recommendations also identified the need for continuous training and critical incident stress debriefing. The Department of Health & Wellness have advised that each of these areas have been incorporated in Public Health's Standard Operating Procedures for Communicable Disease Investigation Management and Control. These procedures address roles, responsibilities, and clarify accountability for all staff. The procedures also include checklists, letter templates, forms and

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

Recommandation 11.7 (enquête détaillée sur les plats servis aux enfants de moins de deux ans) : le ministère de la Santé et du Mieux-Être et le ministère des Services familiaux et communautaires élaboreront ensemble une norme à la suite de l'examen des normes et des solutions pratiques appliquées à l'échelle nationale que réalisera un consultant de l'extérieur.

Recommandation 11.9 (informer le comité de direction du YMCA/YWCA de ses obligations juridiques) : des représentants de la Santé publique et du ministère des Services familiaux et communautaires rencontreront les membres de la direction pour passer en revue ce dossier.

Recommandation 12.3 (compétences et technologie pour effectuer des analyses) : ce service a été approuvé et financé, et il sera offert vers la fin de 2004, après l'acquisition du matériel, la mise en place et la formation.

Les recommandations 12.4, 12.7, 12.9, 12.10, 12.11, 12.14, 12.15, 12.16, 12.17, 12.19, 12.20, 12.21, 12.22, 12.25, 12.26, 12.27 et 12.28 traitent des exigences documentaires, de la nécessité de préciser les rôles, du protocole d'enquête en cas d'éclosion, des besoins en communications, des profils et des hypothèses de cas, de la collecte de données en temps opportun, des normes minimales de collecte de données, de la mise en commun des données des membres de l'équipe d'enquête ainsi que de la présentation de rapports normalisés et opportuns. Ces recommandations traitent aussi du besoin de formation permanente et d'une intervention psychologique en cas de stress extrême. Le ministère de la Santé et du Mieux-Être a indiqué que ces points ont été intégrés aux procédures d'opérations normalisées de la Santé publique en ce qui concerne les enquêtes sur la gestion et la maîtrise des maladies transmissibles. Ces procédures traitent des rôles et départagent

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

fact sheets and follow Health Canada's national foodborne illness outbreak investigation protocol. Orientation sessions for staff were held in February 2003.

The Department's Director of Communications will provide communications support in an outbreak situation. The procedures clearly indicate that both the CMOH (Chief Medical Officer of Health) and the Provincial Epidemiologist may request assistance from Health Canada in an outbreak investigation. Communications will handle coordination and support of regional and central office staff and communication with the various organizations involved in an outbreak response.

Recommendation 12.5 (Enhance outbreak investigation skills) – Public Health staff training with Health Canada was conducted in May and June 2002. Standard operating procedures provide for on-going training.

Recommendation 12.6 (Staffing situation) – A new full-time Medical Officer of Health for Saint John (Region 2) is now on staff. Recruitment for other positions continues.

Recommendation 12.8 (On-site epidemiological expertise during an outbreak investigation) – A newly created position for a Communicable Disease Epidemiologist has been established and recruitment is underway.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

clairement les responsabilités de tous les membres du personnel. Elles comprennent aussi des listes de vérification, des modèles de lettres, des formules et des feuillets de renseignements, et elles sont conformes au protocole d'enquête en cas d'éclosion d'une maladie d'origine alimentaire de Santé Canada. Des séances d'orientation ont été offertes au personnel en février 2003.

Le directeur des communications du ministère assurera le soutien des communications en cas d'éclosion. Les procédures statuent clairement que le médecin-hygiéniste en chef (MHC) et l'épidémiologiste provincial peuvent réclamer l'aide de Santé Canada dans toute enquête au sujet d'une éclosion. La Direction des communications s'occupera de coordonner et de soutenir le travail des employés des régions et du bureau central ainsi que de communiquer avec les divers organismes qui doivent intervenir en cas d'éclosion.

Recommandation 12.5 (formation de mise à niveau relative aux enquêtes sur les éclosions de maladie) : la formation des employés de la Santé publique avec Santé Canada a eu lieu en mai et juin 2002. Les procédures d'opérations normalisées contiennent des dispositions sur la formation continue.

Recommandation 12.6 (effectifs) : un nouveau médecin-hygiéniste de la santé à temps plein a été engagé à Saint-Jean (région 2). Le recrutement se poursuit dans le but de pourvoir d'autres postes.

Recommandation 12.8 (expertise épidémiologique en matière d'enquête relativement à une éclosion de maladie infectieuse) : un nouveau poste d'épidémiologiste des maladies transmissibles a été créé et est en voie d'être pourvu.

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

Recommendations 12.12 (national guidelines for outbreaks of enteric disease), 12.18 (national guideline for the management of enteric shedders in vulnerable populations) and 12.24 (national guideline on management of outbreaks of enteric illness in day cares – These recommendations have been referred to Health Canada. At the time of publication of this report, a detailed response is not available, but Health Canada has indicated it's intent to address all three recommendations in the context of a national guideline for outbreaks of enteric disease.

Recommendation 12.13 (Criteria for closing and sanitizing day care premises when an outbreak has occurred) – The standards identify sanitation and disinfecting guidelines. Inspection process will include a review of the daycare's protocol. A template dealing with this subject is under development.

Saint John YMCA/YWCA response:

Regarding recommendations 1, 4, 5, 7, 8: A separate isolation area for ill children has been designated and the food preparation and sanitation procedure was reviewed. The cook will be attending an updated course to her existing Food Safe Course in Food Sanitation. All staff are required to annually review the Child Day Care Facilities Operator Standards as well and the Employee Manual and Child Victims of Abuse Protocols. In consultation with Public Health and Family and Community Services, the day care are reviewing illness policies and record keeping practices, and a Social History Sheet has been developed to record any contact with any health professional or agency. The day care expressed

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

Recommandations 12.12 (lignes directrices nationales sur la gestion des maladies entériques), 12.8 (lignes directrices nationales sur la gestion des problématiques entériques chez les populations vulnérables) et 12.24 (lignes directrices nationales sur la gestion des éclosions d'infections entériques en milieu de garde) : ces recommandations ont été transmises à Santé Canada, qui n'avait pas encore fait connaître sa réponse détaillée au moment de la rédaction du présent rapport. Cependant, Santé Canada a l'intention de donner suite à ces trois recommandations dans le cadre de lignes directrices nationales sur les éclosions de maladies entériques.

Recommandation 12.13 (critères pour la fermeture et la désinfection d'un service de garde en cas d'éclosion de maladie infectieuse) : les normes contiennent des lignes directrices sur la désinfection, et le protocole de chacun des services de garde sera passé en revue dans le cadre du processus d'inspection. On élabore actuellement un modèle traitant de ce sujet.

Réponse du YMCA/YWCA de Saint-Jean :

En ce qui concerne les recommandations 1, 4, 5, 7 et 8, une pièce a été réservée aux enfants qui sont malades, et les modalités de préparation des aliments et de désinfection ont été passées en revue. La cuisinière assistera à un cours de mise à niveau de sa formation sur l'hygiène dans la préparation des aliments. Tous les employés sont tenus de passer en revue chaque année les Normes visant les responsables d'installations de garderie, le manuel de l'employé ainsi que les Protocoles sur les enfants victimes de mauvais traitements. En collaboration avec la Santé publique et le ministère des Services familiaux et communautaires, la garderie a réexaminé ses directives sur les enfants malades et ses méthodes de tenue des dossiers, et une fiche

Inquest No. 8 – Jeffrey Bates continued

support for recommendations 11.1- 11.9 and their plans to continue to work with the Departments of Health and Wellness, and Family and Community Services in order to ensure their implementation.

Huitième enquête – Jeffrey Bates (suite)

d'antécédents sociaux a été conçue pour consigner tous les contacts avec un professionnel ou un organisme de la santé. Les responsables de la garderie sont d'accord avec les recommandations 11.1 à 11.9, et ils entendent continuer à travailler avec le ministère de la Santé et du Mieux-Être et le ministère des Services familiaux et communautaires dans le but d'y donner suite.

Inquest No. 9 – Roland Levesque

An inquest was held into the death of a 42 year old male at the Madawaska Correctional Centre in Edmundston. He died in hospital on February 21, 2002 after an apparent suicide attempt while incarcerated at the Madawaska Regional Correctional Centre. The death occurred February 21, 2002 as a result of asphyxiation caused by strangulation (suicide).

The Coroner's Inquest was held from March 24-26, 2003. At the conclusion of the inquest, the jury made a number of recommendations.

The recommendations only pertained to Department of Public Safety and their response follows each recommendation.

1. Hire a full-time psychologist.

   The Department will utilize the services of Community based Mental Health Clinics and contract the part-time services of a Clinical Psychologist on an emergency basis as required to meet the priority mental health needs of inmates.

Neuvième enquête – Roland Levesque

Une enquête a été réalisée à la suite du décès d'un homme âgé de 42 ans, du Centre correctionnel régional du Madawaska à Edmundston. La victime est décédée à l'hôpital le 21 février 2002 des suites de ce qui semblait être une tentative de suicide pendant qu'il était détenu au Centre correctionnel régional du Madawaska. Le décès s'est produit le 21 février 2002 et a été causé par l'asphyxie provoquée par l'étranglement (suicide).

L'enquête du coroner a eu lieu du 24 au 26 mars 2003. À l'issue de l'enquête, le jury a formulé un certain nombre de recommandations.

Les recommendations adressaient le Ministere de la sécurité publique et leur réactions sont les suivantes.

1. Engager une psychologue à temps plein.

   Le Ministère fera appel aux cliniques communautaires de santé mentale et retiendra les services d'un psychologue clinicien à temps partiel en cas d'urgence, selon les besoins prioritaires des détenus en matière de soins de santé mentale.

Inquest No. 9 – Roland Levesque continued

2. Make it a budgetary priority to recruit a doctor to work at the Correctional Centre.

   Madawaska Regional Correctional Centre (MRCC)recently had funds added to its budget for the purpose of recruiting and retaining a physician who would visit the center on a regular basis. The Department advises that recruitment efforts were unsuccessful as of August 2003 despite the added monetary incentive, but recruitment efforts will continue.

3. Bring in a multidisciplinary team including a case manager to handle medium to extreme cases (e.g., suicidal/violent cases, etc.)

   MRCC will utilize its multi-disciplinary Classification Committee to manage medium to extreme cases such as suicide and violent cases.

4. Make the suicide-prevention course compulsory for all staff and have refreshers at least every two years.

   The Department agrees with this recommendation and will work toward maintaining this standard with staff.

5. Include a few cells for extreme cases in maximum security that are equipped with cameras and surrounded by blocks of glass in extreme cases.

   The Department agrees with this recommendation and although there is some capital expenditure involved, anticipates this will be completed within fiscal year 2003/04.

Neuvième enquête – Roland Levesque (suite)

2. Avoir une priorité dans le budget pour recruter un médecin assigné au centre carcéral.

   Le budget du Centre correctionnel régional du Madawaska (CCRM) a été accru récemment dans le but de permettre le recrutement et l'engagement d'un médecin qui se rendra régulièrement au centre. Le ministère a cependant signalé que les démarches de recrutement n'avaient toujours pas abouti en août 2003, malgré l'ajout d'incitatifs monétaires. Le ministère compte toutefois poursuivre ses recherches.

3. Insérer une équipe multidisciplinaire incluant un gestionnaire de cas afin de gérer les cas moyens à extrêmes. (Ex : suicidaires, violents, etc…)

   Le CCRM confiera à son comité de classement multidisciplinaire la gestion des cas moyens et extrêmes, comme les détenus suicidaires ou violents.

4. Exiger le cours de prévention du suicide pour tout les personnel et un rappel au moins tous les 2 ans.

   Le ministère est d'accord avec cette recommandation et fera en sorte que ses employés respectent cette norme.

5. Inclure quelques cellules pour cas extrêmes à sécurité maximale incluant des caméras entourés de blocs de vitres dans des cas extrêmes.

   Le ministère est d'accord avec cette recommandation et prévoit y donner suite au cours de l'année financière 2003-2004, même si elle entraîne certaines dépenses en immobilisations.

Inquest No. 9 – Roland Levesque continued

6. Enter the cells during night rounds at least one or two times to have contact with the inmate and check the cell.

   Insitutional Policy and Procedures will be reviewed to ensure that 'extreme cases' are most carefully monitored.

7. Replace the bedding with new, more resistant sheets.

   The Department will endeavour to ensure a suitable replacement schedule for linen is developed.

8. Replace the sinks with stainless steel sinks.

   The total replacement of existing ceramic toilets and sinks is cost prohibitive but gradual replacements will be made as funds become available.

9. Institute a card system for rounds.

   The Department will install card/post rounds monitoring systems in all secure custody centres.

10. Complete an ongoing evaluation of the suicide risk of at-risk inmates. Send inmates to Emergency more frequently for evaluation.

    The Department will continue to evaluate 'high risk suicidal inmates', including sending them to emergency outpatient services at local hospitals, where appropriate.

Neuvième enquête – Roland Levesque (suite)

6. Entrer dans la cellule durant les tournées la nuit au moins 1 à 2 fois pour avoir contact avec détenu et vérifier la cellule.

   Les directives et modalités de l'établissement seront examinées dans le but d'assurer une surveillance plus étroite des cas extrêmes.

7. Changer la literie (draps) pour literie neuve et plus résistante.

   Le ministère s'efforcera d'élaborer un calendrier convenable pour le remplacement de la literie.

8. Changer les éviers pour des éviers en aciers inoxydables.

   Il serait trop coûteux de remplacer l'ensemble des toilettes et des éviers en céramique, mais ceux-ci seront graduellement changés, en fonction de la disponibilité des fonds.

9. Inclure un système de cartes pour les tournées.

   Le ministère installera des systèmes de vérification des rondes dans tous les centres de détention en milieu fermé.

10. Évaluation complète et continue du risque suicidaire du détenu à risque. Envoyer les détenus plus souvent à l'urgence.

    Le ministère continuera à évaluer les détenus qui présentent un risque élevé de suicide et à les envoyer aux services d'urgence externe des hôpitaux locaux au besoin.

Inquest No. 9 – Roland Levesque continued

11. Have the psychologist participate in the morning meeting so he/she is kept abreast of the cases discussed.

    Attendance by Clinical Psychologists at morning meetings is not feasible nor cost effective. Emphasis will be placed on ensuring that the Psychologist's observations or recommendations are well communicated to the classification committee and other key decision makers.

12. Take minutes at the morning meeting.

    The Department will develop new policy and procedures outlining best practices for 'morning meetings', including written minutes.

13. Institute a formal policy on the "running report" process and on who makes the final decision to put on/remove [someone] from the "running report."

    The Department will review its policy on 'running reports' and develop a procedure outlining who is responsible for determining when an inmate is put on, or removed from, a suicide watch.

14. Improve clinical note-taking so that the notes are more precise and detailed.

    Clinical staff will be consulted in an effort to improve clinical note taking.

Neuvième enquête – Roland Levesque (suite)

11. Faire participer la psychologue au réunions matinales afin de la tenir au courant des cas discutés.

    Il n'est ni possible ni rentable que les psychologues cliniciens assistent à la réunion du matin. On s'efforcera de bien communiquer au comité de classement et aux autres décideurs les observations et les recommandations des psychologues.

12. Faire procès verbal lors de réunions matinales.

    Le ministère élaborera de nouvelles directives et modalités décrivant les meilleurs modèles de « réunion du matin », notamment en ce qui concerne la rédaction des procès-verbaux.

13. Faire une politique formelle sur la démarche des "running report" et de ce qui rélève la décision finale de mettre le "running" et de l'enlever.

    Le ministère examinera ses directives sur les rapports et élaborera des modalités qui permettront de déterminer qui doit prendre la décision de surveiller ou non un détenu qui présente un risque de suicide.

14. Améliorer la prise de notes cliniques afin qu'elles soient plus précises et détaillées.

    Les membres du personnel clinique seront consultés dans le but d'améliorer la prise de notes cliniques.

Inquest No. 9 – Roland Levesque continued

15. Have more frequent staff meetings to ensure that information and policies are circulated properly.

    The Department agrees that greater frequency of staff meetings and educational sessions are required and will be increasing the frequency of these events.

16. Pay special and ongoing attention to suicidal individuals.

    The Department agrees with the recommendation and will continue to review and develop procedures and best practices toward this end.

17. Review policies and procedures to improve them and adapt them to the environment.

    The Department agrees with the recommendation and will continue to review and develop procedures and best practices toward this end.

Recommendations of the Coroner

1. That the Correctional Centre, using qualified suicide-prevention educators, establish an evaluation guide, that is, a risk indicator for individuals in the prison environment.

   The Department will undertake to determine if there are better suicide evaluation guides available for use within a correctional environment.

Neuvième enquête – Roland Levesque (suite)

15. Faire des assemblées plus fréquentes avec le personnel afin de s'assurer que l'information des politiques soit bien véhiculée.

    Le ministère convient que des réunions plus fréquentes et des séances de formation sont nécessaires, et il en augmentera le nombre.

16. Porter une attention particulière et soutenue à l'endroit de la personne suicidaire.

    Le ministère est d'accord avec cette recommandation, et il continuera à examiner et à élaborer des modalités et des pratiques exemplaires à ce sujet.

17. Rééxaminer les politiques et procédures dans le but de les mettre à jeus ainsi que de les adapter au milieu.

    Le ministère est d'accord avec cette recommandation, et il continuera à examiner et à élaborer des modalités et des pratiques exemplaires à ce sujet.

Recommandation du coroner

1. Que le centre correctionnel, par l'entremise d'éducateurs qualifiés en matière de prévention de suicide, établisse un guide d'évaluation, c'est-à-dire un indicateur de risque pour les personnes en milieu carcéral.

   Le ministère s'engage à déterminer s'il existe de meilleurs guides d'évaluation du risque de suicide en milieu carcéral.